DIARIO MEDIC20
www.diariomedico.com | Lunes, 16 de enero de 2012
ANIVERSARIO

MADRID, VALENCIA Y GALICIA RECLAMAN QUE LAS MEDIDAS SE PACTEN PREVIAMENTE CON LOS MÉDICOS

Los colegios advierten de que los recortes amenazan la calidad asistencial

→ **Los colegios de Madrid, Valencia y Galicia alertan de que los recortes aprobados en sus autonomías pueden acabar minando la calidad asistencial. Los colegios dudan de la eficacia de reducir salarios y plantillas y de limitar las inversiones, y exigen que toda medida restrictiva se pacte con el médico.**

Los colegios de Valencia, Galicia y Madrid han unido sus voces para criticar los recortes aprobados en sus autonomías y reclamar que las medidas se pacten con el médico. Los colegios creen que la merma salarial, la reducción de plantillas y el freno a las inversiones irán en detrimento de la calidad asistencial. Tras reunirse con su consejero de Sanidad, los colegios valencianos han convocado asambleas de urgencia para evaluar el impacto del decreto de la Generalitat y consensuar una respuesta. En Galicia, el consejo colegial cree que una de las consejerías más afectadas por el recorte será la de Sanidad y pide que se recurra a la bolsa de desempleo antes de ampliar la jornada. El Colegio de Madrid ha suscrito un acuerdo con Amyts para mostrar su rechazo unánime a los recortes regionales. PÁG. 6

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 16]

Evaluación por RM de ectasia dural en síndrome de Marfan.

Desmontando el mal de Marfan

La enfermedad descrita por el pediatra Antoine Marfan a finales del siglo XIX plantea un manejo multidisciplinar, como el que ofrece la Unidad de Marfan en el Hospital Universitario Valle de Hebrón, de Barcelona. Cardiólogos, oftalmólogos, traumatólogos, ginecólogos y genetistas colaboran en la lucha contra esta displasia hereditaria.

PARA EL ACCESO POR VÍA EXTRAORDINARIA

La experiencia del pre-95 fuera de España no cuenta para el título de Familia

La Audiencia Nacional ha desestimado la reclamación de una médico pre-95 que pretendía adquirir el título de Medicina de Familia y Comunitaria por la vía excepcional que abrió el Real Decreto 1.753/1998, acreditando sus años de ejercicio en un país comunitario. El fallo aclara que sólo se admite la experiencia ejercida en el Sistema Nacional de Salud, y que España está legitimada "para determinar los requisitos de acceso al título" sin violar así lo que establece el derecho comunitario. PÁG. 8

NOMBRAMIENTOS

Castrodeza, director general de Ordenación Profesional, y Antón, del Imserso

José Javier Castrodeza.

César Antón.

El hasta ahora director general de Planificación e Innovación de Castilla y León, José Javier Castrodeza, es el nuevo director general de Ordenación Profesional. En su nuevo cargo deberá abordar, entre otros asuntos, el desarrollo de la troncalidad y de las nuevas especialidades. Además, otro conocido del sector, César Antón, ocupará la dirección del Imserso. PÁG. 5

La costumbre es el más imperioso de todos los amos. GOETHE

LEIDA

Luis López-Ibor, Michael Mawad, Alberto Gil y Jiri Vitek, en el Hospital Clínico de Madrid.

La endoprótesis intracraneal previene la aparición del ictus

La endoprótesis o *stent* intracraneal previene el desarrollo del ictus por estenosis de vasos intracraneales en cerca de un 90 por ciento de los casos. PÁG. 10

La expresión de la proteína HuR empeora el curso en hepatoma

Un grupo del CIC bioGUNE, en Vizcaya, ha desvelado un mecanismo molecular que está implicado en el desarrollo del carcinoma hepatocelular. Se publica en *Hepatology*. PÁG. 11

ENRIQUE MEZQUITA

Robert van Seventer y Valentín Arana.

La epiduroscopia se confirma útil en el síndrome de espalda fallida

La epiduroscopia ofrece las ventajas de la mínima invasión en el abordaje del síndrome de la espalda fallida, que aparece asociado a intervenciones quirúrgicas de la columna. PÁG. 11

"En la fase metastásica perdemos tiempo sin el fármaco adecuado"

"Al llegar a la fase metastásica desperdiciamos un tiempo muy valioso sin el fármaco adecuado", ha dicho Andreas Penk, presidente de la Unidad de Oncología en Pfizer Europa. PÁG. 15

Ver ficha técnica en pág. 14

CRISTINA RUIZ REDACTORA JEFE

Cómo pedir responsabilidades en la Comunidad Valenciana

El Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana (CESM-CV) ha decidido querellarse contra el consejero de Hacienda y los responsables económicos de la Generalitat al entender que los despilfarros o la mala gestión de las arcas públicas del pasado han llevado al déficit de hoy; un déficit que afectará directamente a los ciudadanos de la autonomía y también a las condiciones laborales de los médicos. Es muy probable que el anuncio de CESM-CV se quede en un mero gesto y que la querella no prospere, pero también es cierto que alguien debería pagar por gastarse un dinero que no se tenía. En una emisora de radio, el presidente Alberto Fabra ha vuelto a achacar a la falta de financiación del Gobierno central el agujero económico que ahora tiene. Pero si no se disponía de esa financiación ¿por qué se gastó lo que no había? Ahora se pide un esfuerzo y un ejercicio de responsabilidad a todos, a los médicos también. Una responsabilidad que el anterior equipo de Gobierno de la Generalitat no aplicó. No es de extrañar, por tanto, que aunque sin resultado, CESM-CV se quiera querellar.

SUMARIO

nº 4.486
AÑO XXI
LUNES 16 ENERO

SANIDAD PÁG 4
Uno de cada tres depedientes en espera de recibir asistencia ● José Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional, y César Antón, del Imserso

PROFESIÓN PÁG 6
Los colegios de Valencia, Galicia y Madrid alzan la voz contra los recortes en sus regiones ● La Facultad de Medicina de la UIC recibe más de 700 solicitudes para 90 plazas

NORMATIVA PÁG 8
El trabajo en otro país no cuenta para conseguir el título de Familia ● Tribuna de Federico Montalvo sobre la obligación de vacunar a los niños ● *La Consulta*: las ventajas de la moto

MEDICINA PÁG 10
Secuencian el genoma completo del parásito del esquistosoma ● La expresión de la proteína HuR se asocia con peor pronóstico en carcinoma hepatocelular

GESTIÓN PÁG 18
Medicare crece en asegurados sanos con beneficios *fitness* ● Un *tablet PC* permite el acceso inmediato a la HC ● Novartis prevé casi 2.000 despidos en EEUU

ENTORNO PÁG 19
Un paciente formado es útil también para la reducción del gasto sanitario ● RSC: La cooperación sanitaria española recibe el apoyo de la OMC y la Consejería de Sanidad de Valencia

RECORTES PRENSA

NEUROCIENCIA/ NEUROCULTURA

El vértigo de lo discreto en salud mental

¿Puede existir un libro de infinitas páginas? Lo planteó Borges en su *Libro de arena*. Llamémosle cero a la tapa y uno a la contraportada. ¿Que hay entre el cero y el uno? El infinito. De tal manera que la primera página no sabríamos qué numeración llevaría. Podríamos abrir el libro por la mitad y decir: aquí más o menos está el 0,5, en el centro de la hoja cosida, pero tampoco podríamos saber la numeración de esas paginas centrales. ¿Cómo es esto posible? Podríamos pactar que la primera página tuviera el número 0,000000001, pero aun así sería posible imaginar una primera página adicional con un número más pequeño y así sucesivamente... ¿Pero cómo puede caber un infinito en un intervalo como el cero y el uno?

Observemos lo que sucede en el corazón. Llamémosle cero a la diástole y uno a la sístole. ¿Qué sucede durante el intervalo que existe entre sístole y diástole? ¿Se para el corazón? Es evidente que no. El corazón tiene dos posiciones discretas: o se contrae (sístole) o se expande (diástole). Se les llama discretas porque son variables discontinuas. Discontinuas quiere decir que el corazón o está en una o está en la otra, pero no puede existir un corazón donde sístole y diástole coincidan al mismo tiempo. Este concepto de discontinuidad es muy importante para entender ciertas cuestiones relativas al funcionamiento de determinados órganos, como el corazón, el aparato respiratorio y el cerebro. También para entender algunas cuestiones epistemológicas y otras de interés matemático como ese concepto de infinito que parece haberse metido dentro del libro de Borges.

Operando matemáticamente (booleanamente) podríamos decir que las entidades discretas (discontinuas) se caracterizan por ser opuestas o mejor recíprocas inversas. La diástole es el opuesto de la sístole pero ambas pertenecen a la mecánica contráctil del corazón. Un corazón o está vivo (y se contrae) o está muerto (y no se contrae), pero si está vivo tiene que integrar en su dinámica a ambas particularidades, la sístole y la diástole, y por eso se les llama recíprocos inversos; ambos se suceden y, por así decirlo, se necesitan para que el corazón bombee con soltura. Lo mismo sucede con la respiración: ¿qué hay entre espiración e inspiración? ¿Paramos de respirar, nos morimos? Más aun, sabemos que la conciencia es una sucesión de instantes donde se suceden -como fotografías congeladas- nuestros pensamientos y percepciones siguiendo la barrida general de las ondas del cerebro. ¿Qué hay entre los intervalos? Y si no hay nada, ¿por qué no perdemos la conciencia? ¿Cómo se las arregla nuestro cerebro para rellenar estos instantes en blanco?

El arte de la medicina consiste en saber diagnosticar a través de los síntomas y signos del paciente. Sucede así porque las enfermedades médicas son distintas unas de otras, son entidades discretas, es decir "especies" que tienen su propia historia natural como si fueran plantas o animales, seres vivos. Se manifiestan siguiendo patrones universales y reconocibles -los síntomas y signos-; por eso los médicos podemos diagnosticarlas y distinguirlas de aquellas otras que se les parecen.

No es posible por ejemplo que haya apendicitis e indigestión simultáneamente. Sin embargo, en psiquiatría las cosas no funcionan así: el "o esto o lo otro" médico parece haberse transformado en "esto y lo otro". La conjunción "o" en lo mental se convierte en la conjunción "y": en la mente una cosa y otra -aun su opuesta- pueden ser verdaderas al mismo tiempo; todo pareciera indicar que en lo mental no rige el principio de contradicción que gobierna en lo físico. En la mente se pueden tener dos, tres y hasta cuatro enfermedades a la vez. Es como si las enfermedades mentales no representaran entidades discretas sino indiscretas.

Francisco Traver.
Hospital Provincial de Castellón de la Plana.

EL DATO

1

año sin nuevos casos de polio por primera vez en la historia de la India

Según Unicef, el país que en el pasado fue el epicentro mundial de la enfermedad cumplió el viernes su primer año sin nuevos casos desde que se diagnosticó a una niña de dos años el 13 de enero de 2011. La organización subraya la importancia de este hito para la erradicación global de la enfermedad, puesto que dejaría en sólo tres el número de países en los que la polio es endémica: Nigeria, Pakistán y Afganistán.

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

Unidad Editorial Revistas

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

DIRECTOR: Javier Olave Lusarreta
SUBDIRECTOR: José Ramón Zárate Covo
REDACTORA JEFE: Cristina Ruiz
REDACTORA JEFE EN CATALUÑA: Carmen Fermández 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**

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
DISTRIBUCIÓN GRATUITA
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 Eisman *eusebio.eisman@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 mariaj.garcia@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 92
Alicia López *alicia.lopez@unidadeditorial.es* Tfno. 91 443 55 01
Marta Arroyo Alegre *marta.alegre@unidadeditorial.es* Tfno. 91 443 55 49

DEPARTAMENTO COMERCIAL BARCELONA
Tina Pamplona *tina.pamplona@unidadeditorial.es* Tfno. 93 496 24 40
Rosa Cores *rosacores@unidadeditorial.es* Tfno. 93 496 24 23
Susana Nocete *susana.nocete@unidadeditorial.es* Tfno. 93 496 24 50

CLASIFICADOS Y PEQUEÑO ANUNCIO
Fernando Garrido *huefe@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 *marichalar@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

© Unidad Editorial, Revistas S.L.U, Madrid 2012. Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser -ni en todo ni en parte- reproducida, distribuida, comunicada públicamente ni utilizada o registrada a través de ningún tipo de soporte o mecanismo, ni modificada o almacenada sin la previa autorización escrita de la sociedad editora. Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Propiedad Intelectual, queda expresamente prohibida la reproducción de los contenidos de esta publicación con fines comerciales a través de recopilaciones de artículos periodísticos".

EL PULSÓMETRO

Enrique de Álava

Investigador principal en el Laboratorio de Patología Molecular del Centro del Cáncer de Salamanca. Varias acciones de la Fundación María García-Estrada, como una subasta benéfica y el IV ProAm Memorial García-Estrada, permitirán financiar parte de una línea de investigación del patólogo Enrique de Álava, centrada en el estudio de los inhibidores de Parp como tratamiento en sarcoma de Ewing.

María Adela Getino Melián

Nefróloga del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en Tenerife. Ha recibido la Cruz de la Orden Civil de Sanidad concedida por el Ministerio de Sanidad por su labor como coordinadora autonómica de trasplantes en Canarias durante diecinueve años. Es la máxima condecoración civil española que se concede para premiar méritos, conductas o servicios en el ámbito sanitario.

LA 2ª OPINIÓN. "Entre los problemas prioritarios para los españoles, la sanidad aparece en cuarto lugar según el barómetro del CIS, y la igualdad no sale en ningún sitio. Sin embargo, la ministra dijo en su toma de posesión que su prioridad será la igualdad. Es para escandalizarse". [Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de Indas] No sólo eso: la Sanidad ha pasado del duodécimo puesto al cuarto en sólo un año (*ver DM del 9-XII-2011*) entre las preocupaciones de los ciudadanos, algo que debería verse reflejado en las prioridades de un Gobierno que acaba de ganar unas elecciones por mayoría absoluta.

AGENDA

LUNES **16** ENERO

Neumología
Curso de ecografía en el manejo hemodinámico y respiratorio del paciente crítico. Se desarrolla hasta el miércoles en la Fundación Hospital de Alcorcón, en Madrid. Información: Tfno. 91 621 95 19.

Farmacología
XXXIX Curso Farmacia Clínica Joaquín Bonal 2012. Se celebra hasta el viernes en el Hospital de San Pablo, de Barcelona. Información: www.sefh.es/fichadjuntos/ProgramaPROVISONALCFCJoaquimBonal 2012.pdf.

Biología
Light control of shoot branching in *Arabidopsis thaliana*. Seminario a cargo de Eduardo González Grandío, a las 16:00 h. en el Centro Nacional de Biotecnología, en Madrid. Información: www.cnb.uam.es

Reanimación
XVII Curso de Instructores en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Se celebra hasta el miércoles en el Hospital Infanta Leonor (Vallecas. Madrid), organizado por el Grupo Madrileño de Cuidados Intensivos Pediátricos. Información: Jesús López-Herce. Tfno. 91 5290308.

Discapacidad
Curso Básico sobre la Atención a Personas con Discapacidad Visual. Se celebra en la Delegación Territorial de la ONCE de Las Palmas de Gran Canaria hasta el 30 de enero, organizado por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Información: Tfno. 928 45 10 00/023. *E-mail*: universidad@ulpgc.es. Web: www. ulpgc.es

RADIOGRAFÍA

COOPERACIÓN EN DÉNIA. El Hospital de Dénia ha inaugurado la exposición fotográfica *El Carmelo: Un Hospital para la esperanza*, organizada por la ONG Medicus Mundi y la Comunidad Valenciana. La exposición consta de 36 fotografías, realizadas por Jorge Lidiano y Ainhoa Zubiaur durante una visita que los organizadores realizaron para conocer el proyecto de cooperación *Apoyo al diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en los pacientes con infección por el VIH del Hospital del Carmelo* y la asistencia sanitaria que realizan en el centro, situado en Chokwe, Mozambique. El centro tiene más de 4.000 enfermos de sida en tratamiento, de los que el 20 por ciento son niños, y es la referencia del Distrito del Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis y Lepra. El hospital realiza funciones de trabajo social como la recogida de niños huérfanos, su apadrinamiento y medidas de reinserción social.

DIARIOMEDICO.COM

OPINIÓN

Cómo despolitizar la gestión. "Durante muchos años, los clínicos han identificado al gestor como el profesional que no valía para otra cosa y que era el enviado del partido de turno". Sergio Minué, profesor de la EASP y colaborador de Opinión en Diariomedico.com, explica en una entrevista en vídeo que hay que poner en valor el trabajo de los gestores. Uno de los requisitos será despolitizar estos puestos lo que, a su juicio, sólo se conseguirá "si la presión viene de los propios profesionales". Vea la entrevista completa en la Plataforma Multimedia.

ENCUESTA

¿Cree necesaria la firma de un consentimiento informado para la vacunación? Un fallo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León ha condenado al Sacyl por no dar el consentimiento informado en la vacuna de la triple vírica. El tribunal ha resuelto que la encefalopatía es un riesgo atípico de la vacuna del sarampión del que hay que informar por ser "señaladamente grave". ¿Cree que debe firmarse un consentimiento informado para las vacunas? Vote ésta y otras encuestas desde la sección de *Opinión y Participación.*

III ENCUENTRO ESPECIALIZADO
Gestión de Cobros al Sector Público Sanitario
Madrid, 22 de febrero de 2012. Auditorio Unidad Editorial
Unidad Editorial Conferencias y Formación
Colabora: DIARIO MEDICO
Colaboran: Sociedad Española de Informática de Salud TECNOLOGÍA SANITARIA · DIS · DIARIO MEDICO.com · CORREOFARMACEUTICO.com · Medicos
Síganos 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

SALUD PÚBLICA

La incidencia de la gripe se mantiene más baja que el año pasado

Redacción

La actividad gripal en España está siendo baja en la mayor parte de las comunidades desde que comenzó la actividad gripal en octubre; en la primera semana del año, del 1 al 8 de enero, se registró una tasa de incidencia de 52,30 casos por 100.000 habitantes. En el mismo periodo del año anterior se cuadruplicaba el número de afectados, con una tasa de 208,6 casos por 100.000 habitantes.

Así se desprende de los datos recabados por el sistema de vigilancia de la gripe en España (SVGE) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, perteneciente al Instituto de Salud Carlos III.

En general, la evolución de la actividad gripal es estable con respecto a semanas previas y en todas las autonomías el nivel de intensidad es bajo, salvo en Asturias, Castilla-La Mancha y Madrid, donde es medio.

La región con más casos es Extremadura, con 162,3 casos por 100.000 habitantes, seguida de Castilla-La Mancha (113,7), Asturias (93,9), Madrid (91), Canarias (67,6), Melilla (57,9) y Andalucía (56,6).

Ya por debajo de la media nacional se encuentran Navarra (35,2), Castilla y León (33,8), País Vasco (32,5), Cataluña (29,8), La Rioja (27,1), Comunidad Valenciana (13,2), Baleares (11,7) y Aragón (3,6). De Galicia, Murcia y Ceuta no se ofrecen datos relativos a dicha semana.

Hospitalizaciones

En lo que respecta a la incidencia de casos graves, desde el inicio de la temporada se han notificado diez pacientes hospitalizados confirmados de gripe en cinco comunidades. De ellos, seis se concentran en el grupo de 1 a 4 años, presentando hasta el momento una distribución por edad diferente a la temporada 2010-11, donde un 63 por ciento de los casos se registraron en el grupo de 15 a 64 años.

SOCIOSANITARIO INFORME CON REGIONALES: CANARIAS, MAL; CASTILLA Y LEÓN, LA MEJOR

Uno de cada tres dependientes está en espera de asistencia

→ **La Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (Aedgss) ha valorado para** DIARIO MÉDICO **algunos de sus últimos datos sobre dependencia -como que uno de cada tres pacientes aún está en espera-, y ha concretado lo que supone el último decreto ley.**

José A. Plaza

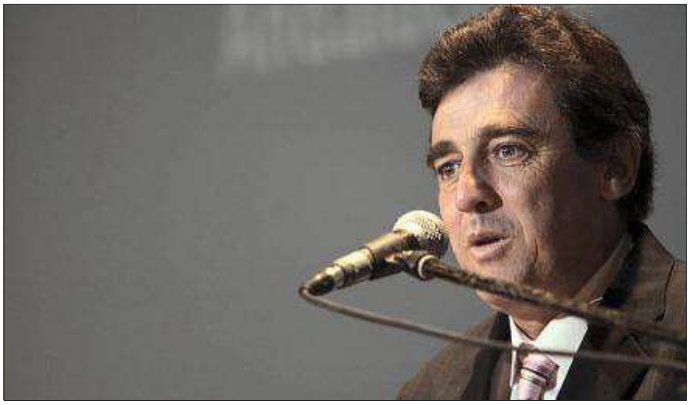
Más de 750.000 personas reciben por derecho una prestación o servicio de la Ley de Dependencia, lo que según la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (Aedgss) supone "el mayor avance en protección social de los últimos tres lustros". Pero no todo es de color de rosa; más de 305.000 personas, muchos de ellos grandes dependientes "se encuentran en el limbo de la dependencia, ya que son personas que esperan que se haga efectivo el derecho con la asignación de su prestación". En esta cifra hay 166.413 reconocidos con grado I nivel 2, denominados moderados, a los que "no les afecta el retraso acordado recientemente por el Consejo de Ministros" (*ver DM del 2-I-2012*).

José Manuel Ramírez, presidente de Aedgss, ha valorado para DIARIO MÉDICO estos datos, procedentes de un análisis de la propia asociación, y ha reflexionado sobre su implicación. Del estudio se deducen cifras preocupantes: el promedio mensual de incremento de atenciones del año 2011 ha sido de 6.649, tres veces menos que la de años anteriores. Además, la tendencia desde mayo del pasado año ha sido decreciente y en algunas comunidades autónomas la variación ha sido negativa, lo que se traduce en que "el ritmo de mortalidad de los dependientes es superior al ritmo de incorporación de nuevas atenciones". Concretamente, en 2011 se ha producido una reducción de 60.000 grandes dependientes.

En todo caso, Ramírez ha puesto especial hincapié en corregir informaciones surgidas tras el Consejo de Ministros de hace dos semanas: "La vicepresidenta cometió una equivocación al explicarlo, pero el Real Decreto Ley 20/2011 lo deja claro: no es que no se vaya a atender a los dependientes moderados valorados en los últimos años, que alcanzan los 166.000. Lo que sucede es que hasta 2013 no se atenderán los que se valoren este año". Más allá de "falsas alarmas, malinformaciones y cálculos erróneos" surgidos tras la publicación del decreto, el presidente de Aedgss se ha mostrado preocupado por la citada lista de espera y ha tratado de ponerse en la piel de los responsables políticos: "Si fuera consejero atendería antes a los grandes dependientes que a los moderados", algo que, a su juicio, podría favorecer la decisión del Gobierno. Pese a este parabién, se ha mostrado algo crítico: "Lo que plantea el PP supondrá un ahorro de 40 millones de euros; sólo el 0,6 por ciento del presupuesto con el que cuenta la dependencia en España". Una de cada tres personas afectadas están en el limbo de la dependencia, aunque los números varían según comunidades autónomas. La Aedgss calcula que Canarias, con un 56 por ciento del total de dependientes autonómicos, Galicia, con un 44 por ciento, y la Comunidad Valenciana, con un 41 por ciento, son las regiones en las que más preocupante es la situación. Ramírez ha centrado sus críticas en Aragón: "No para de retroceder desde que llegó Luisa Fernanda Rudi; ni siquiera mantiene la tasa de reposiciones". Algo que, ha añadido, tampoco hacen Asturias y La Rioja.

Por contra, en Castilla y León la situación es mucho más positiva: sólo un 8 por ciento de los dependientes está en lista de espera: "Se está convirtiendo en una autonomía emblemática gracias a las medidas tomadas por la Consejería de Servicios Sociales, entre las que destaca la implicación en el abordaje de la primaria".

Por lo general, Ramírez cree que los datos negativos son consecuencia "de que la atención a la dependencia se considera un gasto en vez de una inversión. Olvidamos que cada millón invertido genera 30 trabajos, en lo que supone uno de los mayores retornos de inversión en el sector público". En todo caso, ha advertido de que "el 75 por ciento del trabajo en dependencia pertenece a la iniciativa privada: generamos empleo". Como idea final, el presidente de Aedgss ha concretado que "no entendemos un espacio concreto para lo sociosanitario, sino una coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios".



J. M. Ramírez, presidente de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

> La media mensual de incremento de atenciones en 2011 es de 6.649, tres veces menos que en años anteriores

> Castilla y León se está convirtiendo en un emblema positivo; por contra, Aragón no para de retrodecer

El 'limbo' de la dependencia

Comunidades autónomas	Dependientes en espera de servicio	Porcentaje del total de dependientes
Andalucía	74.920	27,8
Aragón	11.443	34,0
Asturias	5.791	28,7
Baleares	6.542	38,8
Canarias	10.010	56,2
Cantabria	2.728	15,3
Castilla y León	5.584	8,5
Castilla-La Mancha	17.305	30,8
Cataluña	61.502	34,2
Valencia	29.754	40,5
Extremadura	8.889	32,3
Galicia	27.977	44,3
Madrid	16.750	17,4
Murcia	10.705	27,9
Navarra	2.655	24,6
País Vasco	7.843	15,2
La Rioja	1.275	14,2
Ceuta y Melilla	184	8,7
TOTAL	305.941	28,9

Fuente: Aedgss

ESPERAS

La media en Andalucía es un tercio de la máxima garantizada

Redacción

Los andaluces esperan menos de 60 días para someterse a una de las 700 cirugías para las que la Consejería de Salud garantiza, desde hace una década, un tiempo máximo de espera de 180 días. Así lo ha explicado la consejera de Salud, María Jesús Montero, quien ha recordado que en 2006 Andalucía redujo esta espera a 120 días para las 71 operaciones más frecuentes, que son las incluidas en el sistema de información del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Según los datos del registro de demanda quirúrgica actualizados a 31 de diciembre de 2011, la espera se sitúa, por tanto, en Andalucía, en menos de la mitad del tiempo máximo fijado si el paciente está sujeto a esta garantía. En concreto, los ciudadanos aguardan 57 días de media para los procedimientos generales y 50 si se trata de uno de los 71 identificados como más frecuentes. Basándose en estos datos, Montero ha destacado la eficiencia de un sistema que indica cada año cerca de 365.000 cirugías acogidas a decreto.

Desde 2005, la Junta de Andalucía garantiza un plazo máximo de 60 días para la primera consulta de especialista y de 30 días para las pruebas diagnósticas. Según los datos a 30 de junio de 2011, el plazo para acudir a una primera consulta de especialista se sitúa en 46 días.

Diagnóstico

En cuanto a las pruebas diagnósticas, el plazo medio se sitúa en 22 días. El número de pacientes inscritos en el registro de demanda se eleva a 16.153. De los grupos de pruebas diagnósticas incluidos en el sistema de garantías, destaca el tiempo medio de respuesta para la realización endoscopias respiratorias con 14 días. La prueba con más demora es la monitorización cardiaca, con 24 días.

NOMBRAMIENTOS J. J. CASTRODEZA, A ORDENACIÓN PROFESIONAL; CÉSAR ANTÓN, AL IMSERSO

El perfil de la nueva política sanitaria sigue tomando forma

→ **El Ministerio de Sanidad ya conoce dos nuevos cargos: José Javier Castrodeza es el nuevo director general de Ordenación Profesional, mientras que César Antón, ex consejero de Sanidad en Castilla y León, dirigirá el Imserso. La dirección general de Farmacia continúa vacante.**

José Javier Castrodeza.

César Antón.

Emilio Lora-Tamayo.

Jesús Aguirre.

Pilar Grande.

Gaspar Llamazares.

Redacción

El último Consejo de Ministros ha acordado los nombramientos de dos nuevos responsables del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En concreto, se ha elegido a José Javier Castrodeza Sanz para el cargo de director general de Ordenación Profesional, como informó el jueves *diariomedico.com*, y a César Antón Beltrán, ex consejero de Sanidad en Castilla y León, como nuevo director general del Imserso; la única dirección general de la Secretaría General de Sanidad y Consumo que queda pendiente es la que corresponde a la de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

El Consejo de Ministros también ha aprobado el nombramiento de nuevos cargos en el Ministerio de Economía y Competitividad; se ha decidido la nueva dirección del CSIC, que corresponde a Emilio Lora-Tamayo, sustituto de Rafael Rodrigo. Además, María Luisa Poncela será la nueva directora general de Transferencia de Tecnología y Desarrollo Empresarial de la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación, mientras que Román Arjona Gracia pasa a ser secretario general de Innovación y Competitividad (será el segundo de Carmen Vela).

En cuanto al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el Consejo de Ministros ha nombrado en la Secretaria de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades a Montserrat Gomendia Kindelán. La Secretaria General de Universidades ha recaído en María Amparo Camarero Olivas.

Comisiones

Además ya se conoce la composición de las Comisiones del Congreso de los Diputados y del Senado. Gaspar Llamazares, que en la anterior legislatura presidía la de Sanidad en la Cámara Baja, se encargará de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de las Drogas (en un principio reservada el PNV) Con respecto a las portavocías, en la Comisión de Sanidad del Senado estará el popular Jesús Aguirre; Pilar Grande será la portavoz del grupo socialista en la Comisión de Sanidad del Congreso, y Antonio Trevín, también del PSOE, actuará como portavoz en la comisión presidida por Llamazares.

Galicia

Por otra parte, el nuevo organigrama de la Consejería de Sanidad de Galicia sigue tomando forma después de que Rocío Mosquera Álvarez se situara al frente, sustituyendo a Pilar Farjas Abadía, ahora secretaria general del Ministerio de Sanidad. El último Consello de la Xunta ha aprobado, según informa **María Lagoa**, los dos nombramientos más importantes de la consejería: Nieves Domínguez González es la nueva gerente del Servicio Gallego de Salud (Sergas), sustituyendo en el cargo a la propia consejera, y Antonio Fernández-Campa el nuevo secretario general, en lugar de Sagrario Pérez Castellanos,

Ver fichas técnicas en págs. 20 y 22

RECORTES VALENCIA, GALICIA Y MADRID EXIGEN QUE LAS MEDIDAS SE PACTEN CON EL MÉDICO

Los colegios alzan la voz contra el posible deterioro asistencial

→ **Los colegios de Madrid, Valencia y Galicia han unido su voz a las críticas sindicales contra los recortes autonómicos. Las corporaciones coinciden en que la merma retributiva, la pérdida de derechos laborales y el freno a las inversiones acabarán mermando la calidad de la asistencia.**

E. Mezquita/M. R. Lagoa

En sintonía con las críticas vertidas por los sindicatos y urgidos por las medidas de contención aprobadas en sus comunidades, los colegios de médicos comienzan a hacer oír su voz sobre los efectos de los recortes. El Consejo de Colegios de Valencia -que se ha reunido con el consejero de Sanidad, Luis Rosado-, su homólogo gallego -que ha hecho lo propio con su consejera, Rocío Mosquera-, y el Colegio de Madrid -que ha firmado un acuerdo de colaboración con el sindicato Amyts *(ver apoyo)*- alertan de los posibles efectos de esos recortes sobre la calidad asistencial y piden a sus respectivas administraciones que cualquier medida se consensúe con los profesionales.

Si los recortes de Cataluña provocaron la casi inmediata reacción del Colegio de Barcelona *(ver DM 2-XII-2011)*, el duro recorte de gastos de personal aprobado en Valencia ha suscitado el unánime rechazo de sus tres colegios médicos, que, después de reunirse con Rosado, han convocado sendas asambleas extraordinarias para analizar el impacto del decreto-ley *(ver DM del 10-I-2012)* y estudiar posibles medidas ante los recortes.

Además, las tres corporaciones han consensuado un documento que, entre otras cosas, afirma que "las modificaciones laborales ordenadas por el decreto y las órdenes de régimen interno que se emiten en los diferentes departamentos de salud no respetan la normativa laboral ni las leyes de rango superior que rigen nuestra actividad". Según los colegios de Castellón, Valencia y Alicante, esas órdenes representan "un serio problema para lograr mantener la calidad asistencial que se presta a la población, haciendo sufrir a los ciudadanos innecesaria y fútilmente".

Rosa Fuster, presidenta del Colegio de Valencia, ha matizado que "si las medidas que se proponen sólo buscan obtener una liquidez inmediata, y nos afectan a los médicos más que a otros colectivos, los facultativos tendremos algo que decir". En este sentido, ha añadido que "ningún empleador puede cambiar unilateralmente las condiciones laborales o salariales de su empresa, ya que esas decisiones hay que justificarlas". Según Fuster, la corporación ejecutará la decisión mayoritaria que se tome en su asamblea extraordinaria -que, en el caso de Valencia, se celebrará este jueves-, aunque ha evitado pronunciarse sobre el alcance concreto de esas medidas. Lo que sí ha aclarado es que la convocatoria está abierta a todas las plataformas de médicos o sindicatos que quieran "aportar propuestas para el debate".

Parte de las juntas directivas del Colegio de Madrid y de Amyts posan en la sede colegial.

LA "SERIA AMENAZA" DEL RECORTE MADRILEÑO

La reacción de la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de la Comunidad de Madrid (Amyts) ante las medidas adoptadas por el Gobierno de Esperanza Aguirre *(ver DM del 5-I-2012 y del 11-I-2012)* han tenido eco en el Colegio de Médicos de Madrid, que ha suscrito un acuerdo de bases con el sindicato profesional para -según reza el texto de ese acuerdo- "actuar de manera conjunta en defensa del sistema sanitario, de su calidad y de la necesaria participación de los médicos en todas las decisiones que tengan implicaciones clínicas". La institución colegial, que preside Miguel García Alarilla, y el sindicato -representado en la firma del acuerdo por Joaquín Pérez Argüelles, Julián Ezquerra y Javier López de la Morena- coinciden en que "los recortes anunciados por la Administración son una seria amenaza para la atención a la salud como servicio básico", y exigen al Ejecutivo que "no tome medidas restrictivas sin haberlas consensuado previamente con los profesionales".

Las tres corporaciones valencianas han convocado asambleas urgentes para analizar el impacto del decreto y estudiar una posible respuesta

Más paro en Galicia

En Galicia, la llegada de la nueva consejera, Rocío Mosquera, ha propiciado un primer encuentro con el consejo colegial, que la titular de Sanidad ha aprovechado para dejar constancia de la dificultad financiera y de la necesidad de continuar en la línea restrictiva de los últimos meses a la espera de las decisiones que se tomen en el Interterritorial. "Parece que dependemos exclusivamente del ministerio, del futuro económico y de las decisiones de Madrid", ha apuntado tras el encuentro Ignacio Vidal Pardo, presidente del consejo colegial.

Mucho más contundente, Luis Campos, presidente del Colegio de Pontevedra, teme que las nuevas medidas de contención del Gobierno central pongan en peligro el mantenimiento de la calidad asistencial: "Serán recortes sobre los recortes que los profesionales ya han sufrido con la bajada generalizada de los salarios y la subida del IRPF. Galicia recibirá menos dinero de Madrid y una de las consejerías más afectadas será Sanidad". Según Campos, esas medidas se traducirán en "menos retribuciones, menos infraestructuras, menos contrataciones y sustituciones, frenos al crecimiento de los centros..., y todo ello influirá negativamente en las listas de espera y, consecuentemente, en la asistencia".

En el caso de Galicia, a todo eso se une la decisión de la Administración de incrementar el número de plazas en la Facultad de Medicina de Santiago, lo que, a juicio de los colegios, se traducirá en más paro. "Aún no tenemos el número oficial de parados, pero estamos convencidos de que la crisis ha adelantado lo que preveíamos que iba a suceder en 2016", afirma Vidal Pardo. En este sentido, los colegios exigen a la consejera que recurra a la bolsa de parados para cubrir las sustituciones en el Sergas, en lugar de aumentar la jornada laboral.

LA CENTRAL DICE QUE AFECTARÁ A 110 MÉDICOS

CCOO de Cantabria alerta de que la jornada de 37,5 horas se traducirá en 600 despidos

Redacción

La posible aplicación de la jornada de 37,5 horas semanales en la Sanidad cántabra se traducirá en el despido de 600 profesionales sanitarios, según las estimaciones de la federación autonómica de Sanidad de CCOO, que ha anunciado la convocatoria de movilizaciones en caso de que el Ejecutivo cántabro adopte la medida.

Según el cálculo realizado por CCOO por categorías profesionales, de los 600 despidos estimados, 110 corresponderían a médicos, 173 a enfermeros, 177 a auxiliares de Enfermería, y el resto a trabajadores de diferentes áreas del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

Como explicación a esos cálculos, Asunción Ruiz Ontiveros, secretaria general de Sanidad de CCOO en Cantabria, ha aclarado que con una tasa de reposición de efectivos del 10 por ciento (el porcentaje fijado en toda España para el sector sanitario) y un hospital como el Marqués de Valdecilla, donde, según ella, "el 60 por ciento de sus trabajadores son mayores de 50 años", la plantilla sanitaria del SCS (integrada por 7.990 trabajadores) "disminuirá en tres años un 30 por ciento".

Según Ruiz Ontiveros, el incremento de jornada (de las 35 horas actuales a 37,5) "sería única y exclusivamente una medida de ahorro, y no para reducir las horas de espera o aumentar los tiempos de consulta o quirófano".

Décalogo alternativo

La representante sindical ha recordado que CCOO propuso en septiembre a la Consejería de Sanidad un decálogo de "medidas de eficiencia y mejora de la calidad en el SCS, que permitirían sacar la nave adelante y llevarla a buen puerto". Aunque las medidas fueron reiteradas, según ella, en diciembre, "aún estamos esperando una respuesta". En este contexto, Ruiz Ontiveros no ve admisibles "medidas de despido ni de incremento de cargas de trabajo".

ASAMBLEAS INFORMATIVAS EN TODO SACYL

"Masivo rechazo" del médico castellanoleonés al 'tijeretazo'

Redacción

A la espera de los resultados del diálogo que el Sindicato Médico de Castilla y León espera retomar estos días con la Consejería de Sanidad sobre los recortes propuestos por la Administración, el sindicato profesional ha iniciado ya asambleas informativas en todos los centros dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) para informar a los médicos del alcance de esas medidas. Según fuentes sindicales, las reuniones celebradas hasta ahora han contado con una "masiva asistencia" de facultativos y se han traducido en un "generalizado rechazo" de las propuestas de la Junta castellanoleonesa.

El Sindicato Médico ha aprovechado esas asambleas para dejar constancia de su oposición al plan oficial de racionalización de los recursos, porque, "aunque compartimos que en la situación actual es necesario ahorrar, es injusto que se haga a costa de unos pocos, afectando directamente a las condiciones laborales y retributivas de los médicos en mayor medida que a cualquier otra categoría de trabajadores de la Administración".

Sigue el diálogo

El sindicato dice que no rechaza el incremento de la jornada laboral hasta llegar a las 37,5 horas semanales *(ver DM del 12-I-2012)*, pero exige a la Administración autonómica que su aplicación no se haga a costa de reducir el número de horas de guardia ni de contravenir el contenido del decreto de jornada, que, entre otras cosas, delimita el horario vespertino y consagra el descanso después de una guardia.

Aunque las posturas entre ambas partes son muy dispares, CESM afirma que seguirá manteniendo reuniones con la consejería "para intentar acercarlas". Aun así, y avalado por el respaldo recabado en las asambleas informativas, el sindicato profesional no descarta "movilizar a los facultativos hasta las últimas consecuencias" si no se llega a un acuerdo.

PREGRADO A PESAR DE QUE LA MATRICULA CUESTA 12.180 EUROS

La UIC recibe más de 700 solicitudes para 90 plazas

→ **La Facultad de Medicina de la Universidad Internacional de Cataluña (privada) ha superado las expectativas que tenía cuando en 2008 se sumó a la aparentemente excesiva oferta pública de pregrado en esta región.**

RAFA M. MARÍN

Albert Balaguer, decano de la facultad de Medicina; Marta Elorduy, vicedecana; Mercè Ferrer, jefe de Gestión del Campus de San Cugat del Vallés, y Alberto Canals, gerente de la UIC.

Carmen Fernández Barcelona

La Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC, privada) se incorporó en 2008 a la amplia oferta de plazas públicas de formación pregrado en esta región y, contra todo pronóstico, ha resultado un éxito: recibe cada año más de 700 solicitudes de ingreso sus 90 plazas (pueden ser cien) de primer curso. El coste de la matrícula es de 12.180 euros.

Según han informado a DIARIO MÉDICO Alberto Canals, gerente de la UIC; Albert Balaguer, decano de la facultad; Mercè Ferrer, jefe de Gestión del Campus de San Cugat (en el que está ubicada la facultad, en el Hospital General de Cataluña-HGC, de Capio), y Marta Elorduy, vicedecana, "la experiencia ha ido mejor y más rápido de lo que pensábamos inicialmente", dice el equipo.

> La experiencia ha ido mejor y más rápido de lo que pensaba el equipo directivo y no prevén más plazas para poder preservar la formación que dan

Seleccionan a los alumnos aunque no en función de la nota de selectividad como sucede las universidades públicas y, de esa forma, se garantizan un alumnado competente para seguir un programa que, además del contenido básico que exige la normativa vigente, es muy práctico: el 35 por ciento de las clases son magistrales y el resto, prácticas y en grupos muy reducidos (incluso de dos personas). El equipamiento, al ser una facultad nueva e inmersa en un campus (15.000 metros cuadrados) compartido con enfermería, fisioterapia y odontología, es muy moderno y completo. Dispone de una sala y dos laboratorios de disección, osteoteca, un laboratorio de simulación y otro de habilidades, un aula de microscopía, un laboratorio de bioquímica y biología molecular y un servicio de donación de cuerpos.

Las prácticas de hospital se realizan en el HGC, la Fundación Althaia de Manresa, la Fundación Asilo de Granollers y el Hospital Quirón de Barcelona. Y las de atención primaria, en el Parque Taulí de Sabadell.

La docencia está enfocada al desarrollo de competencias y habilidades, la medicina humanística y el profesionalismo médico, y no tienen previsto aumentar plazas de primer curso porque su objetivo es ofrecer "la formación que queremos dar".

¿Qué sucede con los que entran en primero? El 10 por ciento dejan la facultad para pasar a centros públicos, pero también hay alumnos de facultades públicas que piden ingresar en la UIC tras haber pasado por ellas. "Hemos recibido un total de 40 peticiones de traslado de expediente, pero sólo hemos seleccionado tres casos. Los miramos con lupa", han dicho. En tercer curso (es hasta donde ha llegado la joven facultad) los abandonos son el 6-7 por ciento. En estos momentos los alumnos que hay (320 en total), son en un 60 por ciento de Cataluña y el resto, del País Vasco, Murcia, Comunidad Valenciana y Andalucía.

Selección de docentes

Esta facultad dispone de 70 profesores de plantilla y 70 asociados proceden de los centros sanitarios colaboradores y diversas instituciones científicas. Éstos pasan un proceso de selección (experiencia clínica, labor científica, actividad docente previa y motivación) que realiza una comisión mixta formada por representantes de los centros colaboradores y se les evalúa cada seis meses, incluyendo la opinión del alumnado.

La nueva facultad tiene que desarrollarse en el plano científico y para ello ha seleccionado como áreas prioritarias el envejecimiento y el enfermo frágil, la ética al final de la vida y las células madre de tejido adulto. Ya dispone de becas FIS y algunos proyectos con financiación europea. Completa su oferta con varios máster y cursos de posgrado.

FUNDACIÓN MUTUAMADRILEÑA

IX Convocatoria de Ayudas a la Investigación Médica en España

La Fundación Mutua Madrileña convoca la novena edición de sus ayudas a la investigación médica en España, dentro de su programa anual de actividades sociales, con el objetivo de contribuir a la mejora general de la salud.

Ayudas a la Investigación Médica

Dirigidas al desarrollo de proyectos de investigación médica en España, preferentemente relacionados con la oncología, el trasplante de órganos y los traumatismos, sin excluir otros ámbitos de las ciencias de la salud.

Becas

- **1 beca para la realización de la tesis doctoral por un máximo de dos años.**
- **8 becas para la ampliación de estudios en el extranjero sobre ciencias médicas.**

Premio a la investigación

- **1 premio al mejor trabajo de investigación médica publicado en 2011.**

Plazo de presentación de solicitudes: de las 08:00 horas del día 16 de enero a las 24:00 horas del día 20 de febrero de 2012

Más información y bases de la convocatoria en www.fundacionmutua.es

FUNDACIÓN MUTUA MADRILEÑA. C/ Fortuny 18. 28010. Madrid. Telf: 91 592 28 36 / 91 592 96 87. Email: info@fundacionmutua.es

www.facebook.com/fundacionmutuamad www.twitter.com/fundacionmutua

AUDIENCIA EN ACCESO POR LA VÍA EXCEPCIONAL DEL DECRETO DE 1998

El trabajo fuera no cuenta para el título de Familia

→ **El Real Decreto 1.753/1998, que abre una vía excepcional a los pre-95 para lograr el título de Familia, exige una experiencia de cinco años. La Audiencia Nacional dice que no cuenta el trabajo fuera de España.**

Soledad Valle

La Sala Contenciosa de la Audiencia Nacional ha avalado la decisión de la Dirección General de Política Universitaria de negarle el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria a una médico que pretendía adquirirlo por la vía excepcional que recoge el Real Decreto 1.753/1998, sin tener los cinco años de experiencia profesional requeridos dentro del Sistema Nacional de Salud.

La facultativa ha visto así desestimado el recurso que presentó contra la decisión administrativa que le negó el título porque no tuvo en cuenta su experiencia en Portugal, como médico de esa especialidad. La reclamante alegó que la decisión de la Administración iba en contra de normativa europa, en concreto, contra el artículo 9 y 10 de la Constitución Europea y la Directiva 93/16, destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y títulos.

Además, la médico consideraba que la Administración no había fundamentado de manera suficiente por qué no había tenido en cuenta el trabajo que había ejercido en otro país miembro y, esta falta de fundamentación, habría creado una indefensión de la reclamante.

El fallo señala que la norma no trata de regular el ejercicio profesional del médico de Familia, sino sólo el acceso a la titulación por vía excepcional

Origen del decreto

Para rebatir estos argumentos, la Audiencia señala que el Real Decreto de 1998 fue fruto de un acuerdo dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, "buscando una valoración equilibrada en todas las pruebas de acceso a plazas de Medicina de Familia entre los méritos relativos a la experiencia profesional y a la formación posgraduada como especialista por el sistema de residencia".

La Audiencia considera que de la propia norma se desprende que la única experiencia que se puede contar para el requirimiento de los cinco años de ejercicio profesional son los que se realicen dentro del Sistema Nacional de Salud, sin que por ello se esté incurriendo en ninguna discriminación con respecto a la normativa europea referida por la reclamante, ya que el decreto no trata de regular el ejercicio profesional del médico de Familia, sólo el acceso a la titulación por una vía que es excepcional.

Jurisprudencia

En este sentido, la Audiencia se refiere a la jurisprudencia del Tribunal Supremo en aquellas resoluciones con las que avaló el Real Decreto 1.753/1998 desestimando los recursos presentados contra esa norma. En esas sentencias el alto tribunal señaló que no es discutible que la norma exija unos determinados requisitos de conocimientos y experiencia que han de ser acreditados de una manera objetiva, por lo que es lógico que se exija que cumplan en plazas, centros o servicios del Sistema Nacional de Salud o que puedan ser equiparados a ellos, "lo que garantiza la efectividad y suficiencia de los años de ejercicio profesional requeridos, de lo que se desprende que no hay infracción del principio de igualdad".

Insistiendo en que la norma no regula el ejercicio de profesional del médico, la Audiencia señala la Directiva 93/16, a la que hace referencia la médico en su defensa, para concluir que de ella se desprende que "corresponde a cada Estado miembro determinar los requisitos para poder obtener el título pretendido por la actora", afirmando que no se vulneran los artículos 9 y 10 del Tratado de la Unión Europea por el hecho de que no se computen los servicios prestados en otro país de la Unión Europea a los efectos de la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria".

NORMATIVA

LABORAL LA COMISIÓN EUROPEA HA DADO LA RAZÓN A UNA FACULTATIVA DEL SERGAS

Trabajar en otro país de la UE debe contar en los concursos

→ La Comisión Europea ha mandado un requerimiento a la Junta de Galicia para que en dos meses adapte su regulación de concursos de traslados a la normativa comunitaria e incluya en el baremo la experiencia profesional del médico en otro país de la Unión Europea.

EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

La Comisión Europea mandó un requerimiento a la Junta de Galicia para que en adaptara su regulación de concursos de traslados a la normativa comunitaria e incluyera en estos baremos la experiencia profesional del médico en otro país de la Unión Europea. Con esta resolución, la Comisión dio la razón a una médico, que participó en un concurso de traslados del Sergas y no le puntuaron sus años de ejercicio profesional en Portugal. En este caso, la comisión hizo referencia a una sentencia del Tribunal de las Comunidades Europeas que, en un fallo de 2005, afirmó que "cuando un organismo público de un Estado se propone tomar en consideración las actividades profesionales ejercidas por los candidatos en una administración pública, dentro de la contratación de personal, dicho organismo no puede efectuar distinciones respecto a los nacionales comunitarios, en función de que tales actividades hayan sido ejercidas en el Estado miembro al que pertenece dicho organismo o en otro Estado miembro" *(ver DM del 26-XI-2011)*.

TRIBUNA LA LEY DE SALUD PÚBLICA APENAS SEÑALA SU UTILIDAD

El calendario vacunal, ¿obligatorio u optativo?

→ **Los legisladores parecen haberse contagiado por la corriente de la sociedad que aboga por no vacunar a sus hijos, desoyendo a la comunidad científica y ensalzando la autonomía en la decisión.**

FEDERICO MONTALVO
miembro de la Cátedra Santander de Derecho y Menores, profesor de Derecho Constitucional de la Universidad Pontificia Comillas (Icade)

El conflicto derivado de la negativa a la vacunación y de las decisiones administrativas y judiciales de vacunación obligatoria constituye un tema recurrente que aparece con periodicidad en los medios. Es un dilema ético-jurídico que se presenta en diferentes ámbitos, destacando el de la negativa de los padres a vacunar a sus hijos tanto en situaciones de brote epidémico como de vacunación sistemática según calendario. Parece que la firme convicción de la sociedad científica acerca de la importancia de las vacunas empieza en algunos ámbitos a no corresponderse con la que tiene parte de la sociedad civil.

El problema que plantea este escepticismo es que parece haber contagiado también a la Política y a nuestro Derecho. Así, pese a que la comunidad científica más prestigiosa no se cansa de destacar la relevancia de las vacunas como instrumento esencial de salud pública, las decisiones que ha tomado el Parlamento en los últimos tiempos parecen ir en sentido contrario, llevados, bien por el excesivo ensalzamiento de la autonomía en clave de Estado liberal que preside las normas sanitarias, bien por la influencia que pueden tener los grupos que lanzan dudas sobre las vacunas.

El régimen jurídico de las vacunas no recoge ninguna previsión clara para resolver los conflictos que pudieran plantearse ante el rechazo de los padres a una vacunación sistemática

No es conveniente esperar a que la virulencia de muchas enfermedades, emboscadas bajo una correcta política de salud pública, sea la que nos lleve a aclarar nuestro sistema jurídico

Oportunidad perdida

Buena muestra de ello es la reciente Ley de Salud Pública que prácticamente no recoge menciones sobre las vacunas como instrumento de salud pública. Se ha perdido la oportunidad de promover un escenario favorable, no para una vacunación indiscriminada y desproporcionada, sino para fortalecer la salud pública a través de ella, matizándose, de este modo, el derecho al rechazo del tratamiento en este ámbito. Cierto es que al carecer la norma de naturaleza orgánica no cabe que regule límites que afectan al núcleo esencial de algunos derechos fundamentales (integridad corporal e indemnidad). Pero ello tampoco obsta para que hubiera creado el escenario favorable para avanzar en un sistema jurídico proporcionado que impidiera que se pueda resentir la salud de todos exigiendo la vacunación sistemática en determinados supuestos y respecto de determinadas enfermedades como ocurre en algunos otros países (véase Estados Unidos).

Ello no significa que en nuestro ordenamiento jurídico no existan instrumentos que permitan adoptar judicialmente una medida de vacunación obligatoria (véase el caso de Granada). Sin embargo, el problema que presenta nuestro sistema jurídico es que, en principio, solamente permitiría adoptar tal decisión en caso de epidemia, por lo que la negativa de los padres a vacunar a sus hijos fuera de este supuesto, habría de ser respetada (la previsión contenida en la Ley 22/1980 no es constitucionalmente válida en la medida que carece de naturaleza orgánica).

El régimen jurídico de las vacunas no recoge ninguna previsión clara para resolver los conflictos que pudieran plantearse ante el rechazo de los padres a una vacunación sistemática fuera del supuesto de epidemia o riesgo efectivo para la salud pública. La Ley Orgánica de medidas especiales de 1984 parece mostrarse clara al respecto, ya que habilitaría la adopción de medidas excepcionales de vacunación obligatoria cuando exista un riesgo específico para la salud colectiva (brote epidémico), un escenario de riesgo colectivo real, pero parece que no para justificar la adopción de la medida frente, por ejemplo, a la negativa de unos padres a que su hijo sea vacunado de conformidad con el oportuno calendario. Ciertamente, el principio de protección a los menores ha de presidir la interpretación de nuestro sistema de derechos y libertades y por esa vía podría avanzarse hacia una admisibilidad de la vacunación del menor en contra de la voluntad de los padres, pero la situación actual es, al menos, confusa en cuanto a tal posibilidad.

Creemos que no es conveniente esperar a que la virulencia de muchas enfermedades, emboscadas bajo una correcta política de salud pública, sea la que nos lleve en breve a tener que aclarar nuestro sistema jurídico y que podemos anticiparnos a lo que no es hoy un problema destacado, pero que puede ser la punta de un iceberg.

LA CONSULTA

EL ARCHIVO CON LAS CONSULTAS PUBLICADAS ESTÁ DISPONIBLE EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET:
http://www.diariomedico.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:

asjusa letramed www.asjusa.com

→ TRÁFICO

Ventajas del uso de moto en Madrid

Soy médico y he sido trasladado al centro de Madrid. Quería sacarme el carné de moto y comprarme una porque aparcar el coche en el centro resulta complicado y costoso. ¿Es cierto que las motos no tienen que pagar el estacionamiento regulado? ¿Existen otras ventajas?

J.P.G. (Madrid)

En su caso, existe una Escuela permanente de formación segura para motoristas, en el recinto ferial del distrito de Vicálvaro. Aunque se trata de una iniciativa privada de la empresa CSM Conducción Segura, complementa el Plan Estratégico de Seguridad Vial para Motocicletas y Ciclomotores de la Ciudad de Madrid.

Existen numerosos proyectos municipales para promover el uso de la moto en ciudad, como las reservas de estacionamiento exclusivas, la líneas de detención adelantadas en pasos semaforizados; más de 40 kilómetros de carril bus-taxi-moto; la posibilidad de moverse por toda la ciudad, incluso en las Áreas de Prioridad Residencial, o la reducción de las marcas viales en los pasos de peatones semaforizados.

→ADMINISTRACIÓN

Permisos para fabricar prótesis sanitarias

Un amigo me ha comentado la posibilidad de emprender un negocio que consiste en la fabricación de prótesis sanitarias. Supongo que tendremos que disponer de algún tipo de permiso o licencia, por lo que me gustaría saber algo más acerca de la legislación que regula dicho tema.

C.S.D. (Málaga)

El Real Decreto 2727/1998, de 18 diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, regula los productos sanitarios. Para comenzar la fabricación de este tipo de productos (y para otras actividades como por ejemplo su esterilización), el artículo 5.1 (redactado según el Real Decreto 1143/2007) señala que se requerirá una licencia previa de funcionamiento de la instalación. Esta autorización es otorgada por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, y como requisito las empresas deben contar con un responsable técnico cuya titulación acredite una cualificación adecuada en función de los productos que tenga a su cargo.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios estudiará la documentación pertinente que ha de presentarse y notificará su resolución en el plazo de tres meses a contar desde la fecha en que la solicitud es recibida. Dicha licencia previa también se requiere para las empresas que se dediquen a la importación de productos sanitarios desde otros países para su comercialización o puesta en servicio en territorio comunitario.

Pese a que el real decreto rige para todo el territorio nacional, las autonomías también dispondrán de competencia en relación con los establecimientos y las actividades de las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la fabricación de productos sanitarios a medida.

→ ASOCIACIONES

Apoyo a pacientes diabéticos y familiares

Soy endocrino en un hospital de Vizcaya. Hace poco una de mis pacientes me comentó que su hijo, de 17 años, padece diabetes y ella no sabe bien cómo manejarlo, en cuanto a medicación, etc. Quisiera saber si existe en mi comunidad alguna asociación a la que pueda remitir a mi paciente.

M.D. (Bilbao)

En el País Vasco, y más concretamente en la provincia de Vizcaya, existe la Asociación Vizcaína de Diabetes, que se fundó en 1978 y que a su vez pertenece a la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes. En ella se ofrece apoyo psicológico tanto a pacientes como a sus familiares, se imparten cursos de educación en esta patología, charlas coloquio etc. Los cursos de educación se llevan a cabo tanto en los locales de la asociación como en determinados centros de salud. Además, si su paciente lo desea, puede solicitar una consulta psicológica individual, que se oferta de forma gratuita por la asociación.

→ ARRENDAMIENTO

Cómo recuperar un piso alquilado

Tengo un piso arrendado desde hace seis años. Nunca he tenido ningún problema con mis inquilinos; sin embargo, ahora me gustaría disponer de él para que mi hijo pueda instalarse. ¿Puedo instar a los inquilinos para que abandonen la vivienda? ¿Cuándo puedo hacerlo?

J.P.G. (Madrid)

Para poder disponer y disfrutar de la vivienda arrendada es necesario que antes de la próxima celebración del contrato, que se va prorrogando por plazos anuales tras los cinco primeros años del arrendamiento, se manifieste de forma expresa al arrendatario la necesidad de ocupar dicha vivienda para el uso propio, de familiares en primer grado de consanguinidad o adopción, o para su cónyuge en los supuestos de sentencia firme de divorcio o nulidad matrimonial (Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos).

En su caso puede efectivamente instar al arrendatario a abandonar la vivienda, ya que el destinatario de ésta será su hijo, pero ha de manifestar al arrendatario dicha necesidad al celebrar la renovación del contrato.

Si transcurrieran tres meses tras la extinción del contrato o tras el desalojo efectivo de la vivienda sin que se haya llevado a cabo su ocupación, el arrendador deberá reponer al arrendatario en el uso y disfrute de la vivienda arrendada por un nuevo periodo de hasta cinco años, respetando, en lo demás, las condiciones contractuales existentes al tiempo de la extinción (Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos).

Así pues, dispone usted de tres meses para ocupar la vivienda arrendada tras el desalojo del arrendatario o la extinción del contrato; de lo contrario, si no ocupa su hijo la vivienda en dicho plazo de tiempo, deberá renovar el contrato de arrendamiento y no podrá disfrutar de dicha vivienda.

→ SALUD MENTAL

Examen a mayores de 65 años en Andalucía

Soy médico de atención primaria en un centro de salud de Granada, dependiente del Servicio Andaluz de Salud, y a mi consulta acuden personas mayores que padecen problemas de salud mental acompañadas por sus familiares. Me gustaría saber si existe en mi comunidad algún tipo de ayuda a este tipo de personas, no de tipo económico sino asistencial.

D.R.C. (Granada)

Existe un examen de salud mental a los mayores de 65 años que se incluye en el Decreto 48/2006, de 1 de marzo, de ampliación de medidas de apoyo a las familias andaluzas, con el fin de potenciar mejoras específicas en el sistema sanitario público.

Este examen de salud se constituye en un plan de atención integral dirigido hacia la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, para las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía, y cuyo aseguramiento corresponda al Servicio Andaluz de Salud.

El objetivo principal del examen es detectar precozmente los problemas en las personas mayores que puedan constituir situaciones de riesgo, y también implantar las medidas oportunas que, según los estudios disponibles, mejoran la salud y la calidad de vida de esas personas.

Se trata, pues, de un conjunto de actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, y establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados para los mayores de 65 años de Andalucía.

Los servicios de atención primaria son el punto de partida para el desarrollo de este plan, gracias al trabajo coordinado de médicos de familia, enfermeras y el resto de los profesionales que trabajan en los centros, por lo que usted debería informar de este examen de salud mental a aquellas familias que lo necesiten.

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.

NEURORRADIOLOGÍA LA PREVENCIÓN SE SITÚA ENTRE UN 80-90%

El 'stent' intracraneal limita el desarrollo de un ictus

→ **Prevenir el desarrollo de un ictus isquémico es el objetivo de los actuales tratamiento endovasculares en los que la participación multidisciplinar es esencial. Esta terapia es efectiva en un 90 por ciento de casos.**

Raquel Serrano

La estenosis de los vasos intracraneales o de la carótida suele desembocar en el desarrollo de accidentes cerebrovasculares (ACV) como el ictus isquémico. Eliminar los factores de riesgo es una de las medidas más establecidas, pero aún no ofrece los resultados esperados. De esta forma, la búsqueda de nuevas alternativas de prevención es esencial teniendo en cuenta que en España el ictus, por ejemplo, es la primera causa de discapacidad y de mortalidad en las mujeres y la segunda en la población general.

El desarrollo de las técnicas de diagnóstico y de terapia endovascular cerebral ha conducido a la implantación de endoprótesis o *stent* intracraneales y de la región cervical que han logrado un importante efecto preventivo de los accidentes cerebrovasculares.

Imagen radiológica de un ictus isquémico.

Éxito preventivo

Las actuales series con mayor experiencia ponen de manifiesto que en estenosis carotídea la posibilidad de éxito es de un 97-98 por ciento y con un efecto terapéutico, lo que se traduce en el que paciente está libre de ictus, de unos cinco años en el 90 por ciento de los casos. En el caso de la estenosis intracraneal, patología más compleja, la tasa se sitúa entre el 80-90 por ciento en cuanto a reducción del riesgo de un nuevo evento cerebrovascular a dos años.

Estas cifras son "un éxito teniendo en cuenta que sólo con medicación el 25 por ciento de los pacientes con estenosis intracraneal considerados como bien medicados desarrollan un infarto cerebral", según Luis López-Ibor y Alberto Gil, de la Unidad de Neurorradiología Intervencionista del Hospital Clínico de Madrid, que han organizado el I Curso Internacional sobre Avances en Endoprótesis en el Tratamiento de la Estenosis de Vasos Intracraneales y Cervicales, celebrado este fin de semana en Madrid.

Causa determinante

La estenosis intra y extra craneal causa el 40 por ciento de los casos de ictus o ACV. El tratamiento con angioplastia, consistente en la colocación de una endoprótesis o *stent* en la arteria cerebral o en la carótida impidiendo que se vuelva a obstruir, se lleva a cabo, según la experiencia del Clínico, con sedación y en menos de una hora. El alta hospitalaria se produce al día siguiente de la intervención. Frente a los procedimientos quirúrgicos tradicionales, la terapia endovascular es poco invasivo, lo que evita lesiones en los nervios.

LINDA

Luis López-Ibor, Michael Mawad, Alberto Gil y Jiri Vitek, en el encuentro celebrado en Madrid.

> **La estenosis de vasos intracraneales es la causa más frecuente de ictus en el mundo; en Europa asume entre un 10 y un 20 por ciento de los ictus**

En esta reunión internacional han participado además Jiri Vitek, de la Universidad de Nueva York (Estados Unidos) y pionero en la implantación de *stent* carotídeo, así como Michael Mawad, del Colegio de Medicina Baylor, en Houston, Texas (Estados Unidos), especialista en implantación de endoprótesis intracraneales, quien ha explicado a DM que la estenosis de vasos intracraneales es la causa más frecuente de ictus en el mundo. En Europa representa un 10-20 por ciento de los ictus.

Identificar pacientes

La prevención del ictus es el objetivo del tratamiento con este tipo de dispositivos. La primera medida es identificar a pacientes con elevado riesgo para ateromatosis: fumadores, con hipertensión o hipercolesterolemia y que, además, han presentado déficit neurológico de algún tipo. "La primera medida terapéutica es la farmacológica intensiva y la corrección de los factores de riesgo para evitar otro evento que puede ser mucho más grave".

> **Identificar los factores de riesgo para ateromatosis y corregirlos es la primera medida; de lo contrario, la alternativa es la endoprótesis**

Sin embargo, en aquellos pacientes en los que estas medidas no han conseguido limitar los síntomas, la elección es la implantación del *stent*. "Lo primero es identificar los factores de riesgo y corregirlos. Pero si aun así no responden, una buena alternativa es la endoprótesis intracraneal, procedimiento similar al que se practica en las personas con infarto de miocardio", ha señalado el especialista.

GENÓMICA LIGADO A VARIOS TRASTORNOS

Secuencian el genoma del parásito del esquistosoma

Redacción

El equipo de investigadores que ha coordinado Robin Gasser, de la Universidad de Melbourne, en Australia, ha secuenciado el genoma completo del *Schistosoma haematobium*. El hallazgo, que se publica hoy en *Nature Genetics*, es útil porque el *S. haematobium* es una de las tres especies que provocan esquistosomiosis en humanos. Además, constituye una de las principales causas de las enfermedades urogenitales, como un agente vinculado al cáncer de vejiga y como un factor predisponente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida.

Este parásito se transmite a los humanos por los caracoles de agua dulce. Los gusanos viven en los vasos sanguíneos y liberan huevos que se incrustan en la pared de la vejiga para provocar enfermedad inmune crónica e inducir carcinoma de células escamosas. El grupo de Gasser ha secuenciado el genoma 385 Mb del *S. haematobium* y lo ha comparado con las secuencias de parásitos relacionados.

Los autores incluyeron la anotación basada en la función, la ontología de genes y el mapa de señalización. Este genoma proporciona ahora un recurso sin precedentes para muchas áreas de investigación fundamentales y muestra una gran promesa para diseñar nuevas intervenciones en la enfermedad.

Teniendo en cuenta los desafíos en la propagación en el laboratorio de estos parásitos, en particular el *S. haematobium*, la capacidad de secuenciar el genoma de un único par de gusanos representa un paso importante en la caracterización de los genomas de una amplia gama de otros esquistosomas y patógenos de enfermedades tropicales.

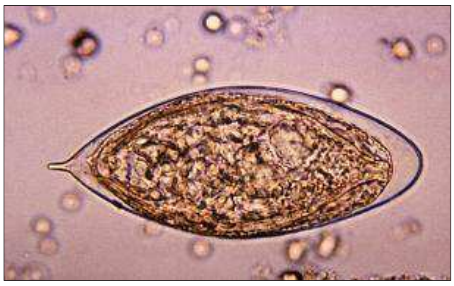


Imagen de un *S. haematobium*.

Los investigadores han mostrado que las etapas de desarrollo del *S. haematobium* pueden ser manipuladas genéticamente y que se puede lograr un silenciamiento de genes eficaz, lo que ofrece enormes posibilidades para futuros análisis genómicos funcionales a gran escala.

Descifrar la biología molecular de estos patógenos ofrecerá nuevas perspectivas sobre el desarrollo de esquistosomas, las tendencias por las que un parásito elige un determinado huésped, la enfermedad y el cáncer de vejiga asociada a esquistosomiasis, y servirá de base para el diseño de nuevas herramientas de diagnóstico, fármacos y vacunas anti-esquistosoma.

■ *(Nature Genetics; 2012; DOI: 10.1038/ng.1065).*

BIOLOGÍA CELULAR ENSAYO EN RATONES

Convierten células madre pluripotentes en adipocitos

Redacción

La producción eficiente de dos tipos de células productoras de la grasa humana -adipocitos blancos y marrones- a partir de células madre pluripotentes humanas es el centro de un estudio que se publica hoy en *Nature Cell Biology*.

El trabajo, coordinado por Chad Cowan, del Hospital General de Massachusetts, en Boston, podría ayudar a desarrollar terapias potenciales para condiciones que están asociadas a una elevada actividad de los tejidos adiposos de grasa marrón y a la obesidad. Los científicos han estudiado esta patología con células madre pluripotentes humanas, derivadas de embriones humanos u obtenidas de la reprogramación directa de las células adultas. Además, los métodos actuales para obtener adipocitos blancos y marrones de otras fuentes son ineficaces.

Catabolismo de lípidos

En este contexto, el equipo de Cowan ha mostrado ahora que tomando células madre pluripotentes y expresando factores previamente ligados a inducción de adipocitos, casi el 90 por ciento se diferencian en adipocitos blancos y marrones en ratones. Estas células liberan propiedades funcionales maduras, incluyendo catabolismo de lípidos y falta de respuesta a la insulina.

■ *(Nature Cell Biology; 2012; DOI: 10.1038/ncb2411).*

ANESTESIOLOGÍA EN EL 30% DE LAS CIRUGÍAS POR HERNIA DISCAL

Epiduroscopia es útil en el síndrome de espalda fallida

→ **La epiduroscopia, técnica de diagnóstico y tratamiento con mínima invasión, accede a las áreas lesionadas en la columna vertebral y actúa sobre ellas corrigiendo el denominado síndrome de la espalda fallida.**

ENRIQUE MEZQUITA

Robert van Seventer, del Hospital Amphia (Breda), y Valentín Arana, del Hospital Casa de Salud.

Enrique Mezquita Valencia

El síndrome de espalda fallida -también conocido como de cirugía fallida de espalda o de la operación de espalda fallida- es un dolor fuerte y crónico de dicha zona provocado por la aparición de fibrosis en el área de la intervención. Este síndrome, generalmente resistente a tratamientos de fisioterapia y farmacológicos, lo sufren hasta casi un 30 por ciento de los pacientes que se someten a una cirugía de columna vertebral en la zona lumbar debido a prolapso de disco, hernia, protusión o ruptura en los discos intervertebrales.

Según Robert van Seventer, jefe del Departamento de Anestesiología y director del Centro de Investigación del Dolor del Hospital Amphia, en Breda (Holanda), la epiduroscopia -una técnica mínimamente invasiva que permite visualizar el canal espinal en el interior de la columna vertebral utilizando un fibroscopio especial- se está extendiendo y consolidando como una herramienta capaz de ofrecer buenos resultados a los pacientes afectados por el síndrome, ya que permite identificar a través de imágenes en tiempo real y en color las estructuras lesionadas -adherencias, zonas inflamadas, cicatrices, etc.- y así actuar localmente sobre dichas zonas.

Van Seventer, un experto mundial en la técnica y que ha intervenido a varios pacientes afectados por este cuadro en el Hospital Casa de Salud, de Valencia, ha destacado que se trata de una técnica que se realiza bajo anestesia local y, por lo tanto, permite "preguntarle al paciente qué sensaciones tiene cuando introducimos el fibroscopio o si se le reproduce o no el dolor". Además, ello posibilita que el paciente sólo permanezca hospitalizado unas horas, pudiendo marchar a su casa el mismo día de la intervención.

Varias intervenciones

Por su parte, Valentín Arana, jefe del Servicio de Anestesia y de la Unidad del Dolor Crónico del Hospital Casa de Salud, de Valencia, ha incidido en que se trata de una herramienta muy estimable, sobre todo porque "estamos hablando de pacientes que pueden haber sido operados varias veces, con un dolor de espalda que nos les deja vivir y que, a pesar de tomar mórficos, son incapaces de dormir del propio dolor por las noches".

Van Seventer ha hecho hincapié en que la técnica está abierta a múltiples especialistas, como traumatólogos, neurocirujanos o anestesistas. Respecto a las dificultades previsibles, Arana ha apuntado que, "como cualquier otra técnica médica, lo fundamental es el aprendizaje", y ha remarcado que "no se trata de una técnica compleja en sí misma".

En su opinión, la dificultad estriba en que, "al ver las imágenes con los colores reales, se pueden confundir las estructuras si el profesional no tiene una práctica suficiente en la técnica". También ha insistido en la importancia de que sea "una parte metódica y sistemática del trabajo del profesional" para garantizar ese correcto aprendizaje.

El investigador holandés ha aludido a la facilidad de la técnica, y ha dicho que "cualquier especialista que se dedique y la practique con dedicación es capaz de realizarla". Los expertos han destacado dos ventajas más: la primera es que, gracias a la posibilidad de grabar imágenes de las intervenciones y maniobras, es posible disponer de documentación gráfica para añadir a la documentación e historia del paciente.

Y la segunda que, al fijar con gran precisión dónde y qué tipo de lesión se trata, permite avanzar también en el desarrollo tecnológico y posibilita la construcción de pequeñas herramientas para trabajar con microcirugía en la zona determinada. De esta forma, las zonas de intervención son cada vez más pequeñas y, por extensión, los postoperatorios más cortos y se ahorra dinero.

Más allá del síndrome

El epiduroscopio, que se utiliza como herramienta de diagnóstico y tratamiento, tiene también otras aplicaciones. De hecho, se aplica en determinados casos de dolor lumbar crónico, enfermedades de los discos intervertebrales y en otras patologías de la columna que no disponen de tratamiento quirúrgico o éste es muy agresivo.

Al ser una técnica mínimamente invasiva que permite ver el canal espinal gracias a los nuevos avances de la fibra óptica, se prevé un gran futuro en el estudio y tratamiento de las enfermedades de la columna vertebral.

A ello contribuye, en opinión de Van Seventer, la velocidad de transformación de las tecnologías médicas: "Antes los fibroscopios y las cámaras eran grandes, pero en la actualidad disponemos hasta de un fibroscopio de 1-1,2 mm, que es el que empleamos para la vía de la epiduroscopia". En su opinión, "cuanto más aportemos a la tecnología médica, mucho mejor para las soluciones posteriores enfocadas el paciente".

EL PROBLEMA CRÓNICO

Según las estadísticas disponibles, el 90 por ciento de la población sufrirá en algún momento de su vida dolor de espalda, pero en general será de corta duración y sin consecuencias. Sin embargo, en un 10 por ciento de los casos, se producirá una cronificación de ese dolor, lo que acarreará sufrimiento y, además, un grave impacto económico (por bajas laborales y medicación, entre otras causas). Valentín Arana ha remarcado esos datos al valorar el impacto de la epiduroscopia, pues "uno de los problemas de los pacientes con dolor crónico es que suelen ir de un médico a otro y, como nadie les da respuesta, pueden caer en una depresión y dejar de confiar en nosotros, pensando que nos hemos deshumanizado".

INVESTIGACIÓN CUANDO SE BLOQUEA LA NEDILIZACIÓN SE REGULAN LOS NIVELES DE HUR

La expresión de la proteína HuR se asocia con un peor pronóstico del carcinoma hepatocelular

Redacción

El grupo de María Luz Martínez Chantar, de la Unidad de Metabolómica del CIC bioGUNE, en Vizcaya, ha desvelado un mecanismo molecular que está implicado en el desarrollo del carcinoma hepatocelular y ha comprobado cómo la malignidad de la enfermedad puede estar relacionada con la alta expresion de una proteína HuR. Los resultados del trabajo se publican en *Hepatology* y ha obtenido una mención en la sección de cáncer de *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*.

Existe una relación entre los niveles elevados de HuR y la malignidad del carcinoma hepatocelular a través de un mecanismo molecular denominado nedilización, que abre nuevas oportunidades para el desarrollo de futuras aplicaciones terapéuticas. La ruta desvelada también tiene aplicación en el cáncer de colon, debido a la alta correlación entre ambos tumores.

Nuevo proceso

"La nedilización es una reacción enzimática que evita la degradación de las proteínas modificadas con la molécula NEDD8. Así como la ubicuitinación marca las proteínas para enviarlas a degradar, la nedilización las marca para estabilizarlas y estas proteínas en teoría son importantes para que el tumor prolifere y se desarrolle", ha explicado Martínez Chantar.

En este sentido, la estrategia seguida ha sido mantener la proteína HuR en altos niveles de expresión a través de su modificación por nedilización promoviendo de esta manera la proliferación y la malignidad del CHC, de tal manera que, "cuando bloqueamos la nedilización o regulamos los niveles de la proteína HuR en los tumores hepáticos y en las líneas de hepatomas *in vitro* e *in vivo*, se induce la muerte celular y la regresión del tumor".

Las opciones de tratamiento son limitadas, ya que es un tumor muy quimioresistente, que se desarrolla habitualmente sobre un hígado cirrótico. Aproximadamente el 40 por ciento se diagnostican en fase avanzada, cuyo pronóstico a corto plazo es reservado (supervivencia de un año en el 29 por ciento de los casos, y en dos años, en el 16 por ciento).

Posibles aplicaciones

En esta situación, es importante encontrar algún potencial de aplicación terapéutica, para lo que Martínez Chantar, en convenio con la farmacéutica Millennium, filial oncológica de la compañía Takeda, aplicará nuevos inhibidores de nedilización comercializados por dicha empresa y analizados actualmente en otro tipo de tumores en modelo de experimentación murino.

CIC BIOGUNE

Mari Luz Martínez Chantar, autora del estudio.

"Ahora que hemos descubierto que la nedilización puede desempeñar un papel importante en el desarrollo y progresión del carcinoma hepatocelular, el siguiente paso es profundizar sobre las posibles aplicaciones terapéuticas".

■ *(Hepatology; DOI: 10.1002/hep.24795).*

PARA TODOS SUS PACIENTES CON DM2 INCLUSO AQUELLOS CON RIESGO ELEVADO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL

Control y confianza

Control

Eficacia relevante y sostenida

- Con una reducción de HbA_{1c} de hasta el 1,2% en los pacientes con diabetes tipo 2 mal controlados[1]
- Con una reducción de HbA_{1c} del 0,8% mantenida durante 102 semanas de tratamiento[2]

Confianza

Bajo riesgo de hipoglucemia[3]

Sin aumento de peso[3]

Trajenta®, inhibidor de la DPP-4 de una dosis única diaria[4]

Sin ajuste de dosis con independencia de la función renal y/o hepática[4]

SIN AJUSTE DE DOSIS

Trajenta® (linagliptina)

Boehringer Ingelheim

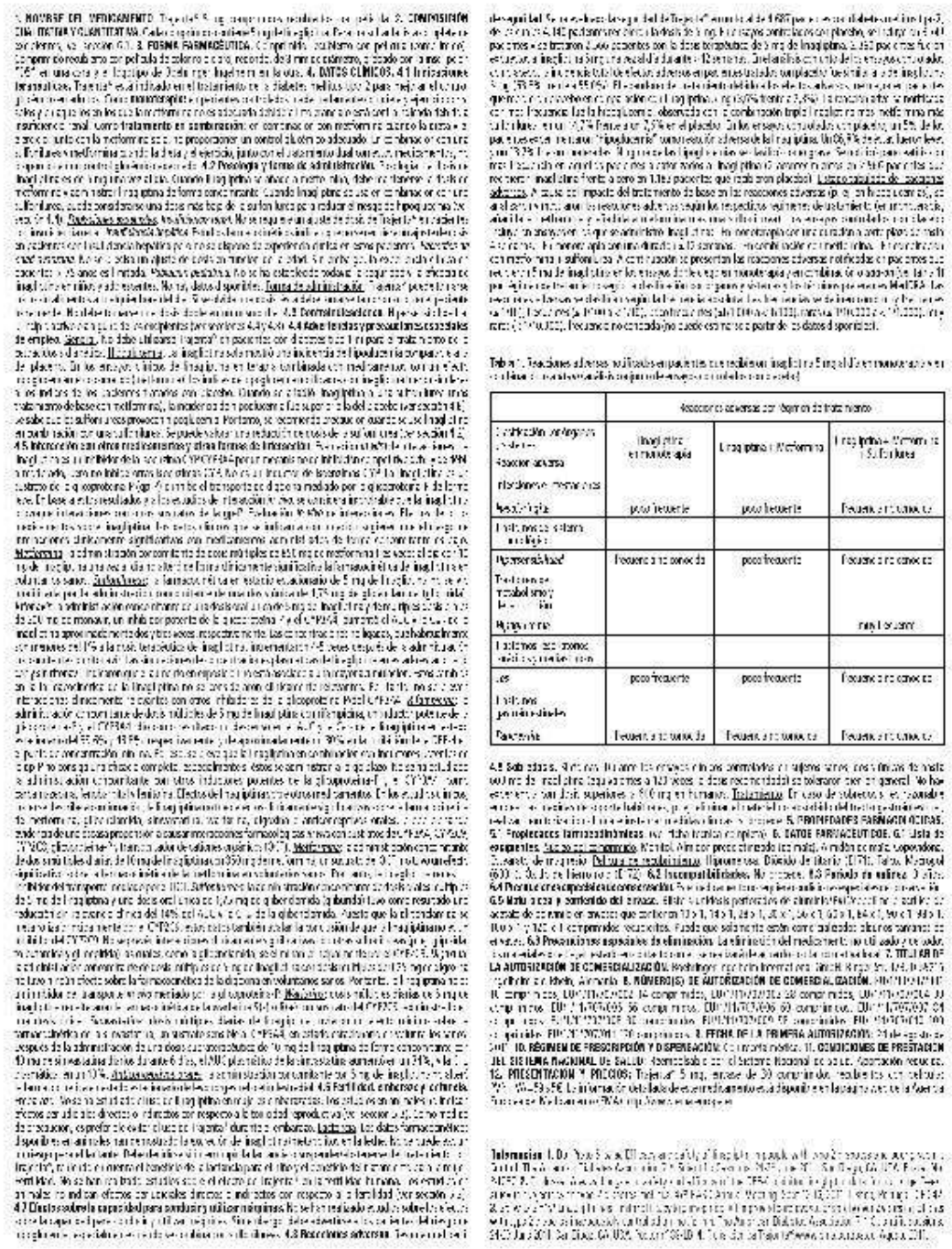
Lilly

La sobredosis de *Tylenol* provoca hepatotoxicidad.

FARMACOLOGÍA HAY QUE CONSTATAR EN HUMANOS LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RATONES

Bloquear la comunicación entre células evita hepatotoxicidad

→ Un estudio que se publica hoy en *Nature Biotechnology* muestra que el bloqueo de los poros de comunicación intercelular de las células hepáticas puede ser una buena opción para evitar la hepatotoxicidad asociada a ciertos fármacos, como el paracetamol. El estudio se ha hecho en modelo de experimentación murino, pero los autores del trabajo, del Hospital General de Massachusetts, piensan continuar los trabajos para ver si se pueden extrapolar los resultados.



Redacción

Suraj Patel, del Hospital General de Massachusetts, en Boston, ha desarrollado una nueva estrategia para proteger el hígado del daño asociado al consumo de fármacos. En un estudio que se publica hoy en *Nature Biotechnology*, el citado equipo, coordinado por Martin Yarmush, ha demostrado que la inhibición de un tipo de comunicación intercelular puede proteger frente al daño producido por fármacos con hepatotoxicidad, como el paracetamol.

Los investigadores han empleado una cepa de ratones genéticamente mutados que presentaban una ausencia en los poros de comunicación intercelular. A los animales se les administraron varios fármacos hepatotóxicos. Cuando se les comparaba con los ratones normales, los que no tenían los poros de comunicación intercelular en los hepatocitos estaban protegidos frente al daño hepático, inflamación y muerte sociada a la administración de fármacos hepatotóxicos.

El equipo identificó un inhibidor de una pequeña molécula de dichas uniones que cuando se administraba con o después de los fármacos hepatotóxicos protegía al hígado de los ratones sin modificar los daños asociados.

Cultivos celulares

También se observó en cultivos celulares que bloquear esos espacios de las uniones limita la expansión a través de las células hepáticas de los radicales libres y del estrés oxidativo, lo que sugiere que puede convertirse en un posible mecanismo de protección.

Según Yarmush, los resultados son prometedores, puesto que pueden tener diversas apliaciones clínicas. Por eso, "nuestro objetivo es seguir trabajando en esta línea para entender mejor la forma de bloquear esos espacios de las uniones hepáticas y llegar a controlar la hepatotoxicidad".

■ *(Nature Biotechnology; DOI: 10.1038/nbt.2089).*

ONCOLOGÍA ANDREAS PENK, DE PFIZER EUROPA, VALORA LOGROS EN MEDICINA PERSONALIZADA

"Sin el fármaco adecuado se pierde un tiempo muy valioso"

→ **Uno de los logros de la medicina personalizada es dar el fármaco adecuado en el momento preciso, según Andreas Penk, de Pfizer Europa, empresa que tiene tres moléculas inmersas en el proceso regulador de la Agencia Europea de Medicamentos: crizotinib, axitinib y bosutinib.**

Ana Callejo Mora

"Cuando el cáncer ha llegado a la fase metastásica estamos perdiendo un tiempo muy valioso si no damos el fármaco adecuado", según ha afirmado Andreas Penk, presidente de la Unidad de Oncología en Pfizer Europa, a DIARIO MÉDICO. Ésta es una de las situaciones en las que la medicina personalizada se materializa y toma forma. Una forma real. "La visión de los científicos unos años atrás era pesimista en este sentido. Sin embargo, ahora incluso los pacientes tienen mucha confianza en la medicina individualizada porque estamos logrando predecir la respuesta a los tratamientos de forma muy rápida. Además, los biomarcadores están siendo de gran ayuda para diagnosticar pacientes e identificar las terapias que más les beneficiarán".

Los esfuerzos de la unidad que preside Penk se centran en la investigación clínica de nuevos fármacos en cáncer de riñón, de pulmón y en los cánceres hematológicos. Por supuesto, "también estamos interesados en identificar candidatos terapéuticos prometedores para otras localizaciones tumorales". En el área oncológica "tenemos muchos ensayos clínicos en marcha. En España, por ejemplo, hay unas cincuenta investigaciones en desarrollo, lo que supone que haya más de doce compuestos en estudio ahora mismo", ha comentado Penk.

LENDA

Andreas Penk, presidente de la Unidad de Oncología en Pfizer Europa.

Para el médico, que preside Pfizer en Alemania, "la misión de esta compañía farmacéutica es descubrir y desarrollar nuevos mecanismos de acción. Tenemos un par de ellos en nuestro *pipeline*. Crizotinib es una muestra (ver apoyo)".

Esta molécula, que se encuentra en proceso regulador en la Agencia Europea de Medicamentos, es el primer compuesto oral que inhibe el gen de la cinasa anaplásica del linfoma (*ALK*, en sus siglas inglesas). Mediante la inhibición de *ALK*, crizotinib bloquea la señalización de un número de vías de señalización celular que parecen ser claves para el crecimiento y supervivencia de las células tumorales.

En concreto, Pfizer está conduciendo un programa de desarrollo clínico para este compuesto tanto en niños como en adultos cuyos tumores portan alteraciones en *ALK*. Originariamente descubierto en lifomas, las alteraciones en este gen parecen llevar a la oncogénesis en tumores de pulmón no microcítico, en linfoma anaplásico de células grandes y en sarcomas raros -como los tumores miofibroblásticos inflamatorios-.

Además, crizotinib también inhibe c-MET, un factor de transición mesenquimal-epitelial.

Otro de los compuestos que ha mencionado Penk es axitinib, "un inhibidor oral y selectivo de los receptores 1, 2 y 3 del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF, en sus siglas inglesas) que se está probando en segunda línea de tratamiento para carcinoma avanzado de células renales y carcinoma hepatocelular avanzado". Actualmente, el porcentaje de supervivencia a cinco años es del 20 por ciento en cáncer renal avanzado.

Bosutinib para LMC

El presidente de Oncología en Pfizer Europa ha descrito una tercera molécula: bosutinib. Se trata de un inhibidor dual de las tirosina-cinasas Src y Abl disponible oralmente y que tiene una actividad inhibidora mínima contra c-kit y el receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas (Pdgfr, por sus siglas inglesas).

El cromosoma Filadelfia inicia una serie de procesos que conducen al desarrollo de Bcr-Abl, una tirosina-cinasa que hace que las células de la leucemia mieloide crónica (LMC) se reproduzcan rápidamente. En algunos casos, la LMC desarrolla resistencia a las terapias que se centran estrictamente en la inhibición de la tirosina-cinasa Bcr-Abl.

Desarrollo clínico de tres compuestos

Crizotinib

Cáncer de pulmón no microcítico

Fase 3 ***Profile 1007:*** Crizotinib frente a quimioterapia estándar en 318 pacientes con cáncer de pulmón no microcítico con **ALK** alterado. Observar la supervivencia libre de progresión.

Profile 1014: Crizotinib frente a pemetrexed/cisplatino o pemetrexed/carboplatino en 334 pacientes con carcinoma de pulmón no escamoso con **ALK** alterado sin tratamiento previo. Supervivencia libre de progresión basada en criterios Recist.

Linfoma anaplásico de células grandes

Fase 1/2 ***ADVL0912:*** Crizotinib en 196 niños con tumores sólidos refractarios, tumores del sistema nervioso central y linfomas anaplásicos de células grandes. Dosis máxima tolerada, toxicidades y farmacocinética.

Tumores ALK positivos

Fase 1 ***Profile 1013:*** Crizotinib en 40 pacientes con tumores con alteraciones genéticas en **ALK** que no sean cánceres de pulmón no microcíticos, como el linfoma y el neuroblastoma.

Axitinib

Fase 3 ***Agile 1032:*** Evaluar eficacia y seguridad de axitinib frente a sorafenib en pacientes con carcinoma avanzado de células renales que habían sido tratados.

Fase 3 ***Agile 1051:*** Medir eficacia y seguridad de axitinib en pacientes con carcinoma avanzado de células renales que no habían recibido tratamiento y que sí lo habían recibido.

Fase 2 ***Agile 1046:*** Axitinib con y sin valoración de dosis en pacientes con carcinoma metastásico de células renales.

Fase 2 ***Agile 1058:*** Axitinib más el mejor cuidado de apoyo frente a placebo más el mejor cuidado de apoyo en pacientes con carcinoma hepatocelular avanzado, tras fallo de una terapia antiangiogénica previa.

Bosutinib

Fase 3 ***BELA:*** Bosutinib frente a imatinib en sujetos con leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo diagnosticado recientemente en fase crónica.

Fase 1/2 ***Agile 105:*** Bosutinib en monoterapia en leucemia mieloide crónica en pacientes resistentes o intolerantes a imatinib +/- otros inhibidores de tirosina-cinasa.

Fuente: Pfizer.

PREVENCIÓN SON SÓLO ORIENTATIVOS

Los nuevos índices para detectar cáncer de ovario carecen de especificidad

Redacción

El empleo de índices de síntomas para identificar el cáncer de ovario aún no es seguro, puesto que no son del todo eficaces en la detección de dicho tumor, según un estudio coordinado por Anita Wey Wey Lim, del Centro de Prevención del Cáncer de la Universidad Queen Mary, en Londres, que se publica en el último número de *The Journal of the National Cancer Institute*.

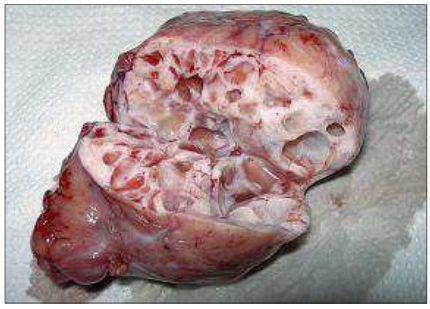
El citado grupo ha recogido los datos de 194 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de ovario y 268 controles que se sometieron a un cribado para el cáncer de ovario. Los datos de los síntomas se analizaron a través de un cuestionario, entrevistas telefónicas y las notas recogidas por el médico.

Los investigadores constataron resultados similares que los obtenidos con el índice de Goff y la sensibilidad de los síntomas fue mayor en estados avanzados frente a precoces.

Precaución

En un editorial que también se publica en la citada revista, el grupo de Patricia Harge, del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, señala que tanto el índice de Goff como el de síntomas empleado en el estudio son válidos para detectar el cáncer de ovario en fases precoces, ya que en esta situación se pueden obtener mejor resultados con el tratamiento.

No obstante, hay que ser cautos al interpretar los datos de estos índices, puesto que carecen de una buena fiabilidad. Proporcionan una orientación, pero no se pueden tomar como algo definitivo.



Los índices de síntomas orientan en el diagnóstico tumoral.

NEUROLOGÍA POSIBLE NUEVA TERAPIA

La HDAC5 limita los efectos nocivos de la cocaína

Redacción

Un estudio que se publica en el último número de *Neuron* descibre el mecanismo protector que desactiva los genes que sostienen el comportamiento asociado a la adicción. Estos resultados ayudan a conocer mejor la vulnerabilidad a la adicción y el desarrollo de nuevas estrategias para controlarla.

El grupo de Christopher W. Cowan, del Centro Médico de la Universidad Southwestern en Texas, ha visto en modelos de experimentación murino que la HDAC modula la expresión genética en los comportamientos adictivos. "HDAC5 en el núcleo *acumbens* limita el impacto de la recompensa de la cocaína y la localización de la memoria a largo plazo después del consumo de cocaína".

En un modelo de experimentación murino, el citado equipo ha descubierto que la cocaína activa una nueva vía de señalización que hace que HDAC5 se desplace al núcleo de las células, donde tiene lugar la expresión genética. Según se ha constatado, este proceso es imprescindible para limitar el desarrollo de comportamientos asociados al consumo de cocaína.

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

REUMATOLOGÍA El pediatra Antoine Marfan describió en 1896 el síndrome que lleva su nombre, una displasia hereditaria múltiple. La expresión de la enfermedad es variable, aunque se caracteriza por afectar esencialmente a la aorta y los ojos. La unidad de Marfan del Hospital Universitario Valle de Hebrón, de Barcelona, puesta en marcha hace tres años ha reforzado el manejo multidisciplinar de los pacientes, con cardiólogos, oftalmólogos, traumatólogos, ginecólogos, obstetras y genetistas, para tratar de forma conjunta a las personas afectadas.

Desentrañando la enfermedad de Marfan

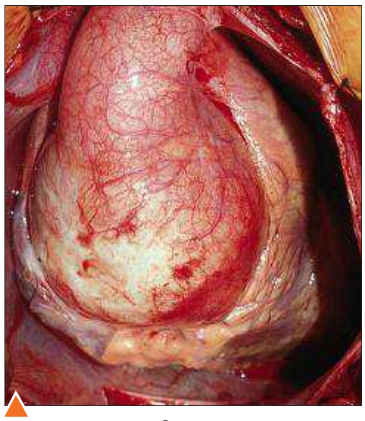
Javier Granda Revilla Barcelona

El síndrome de Marfan es una enfermedad hereditaria que se transmite de forma dominante y afecta a una persona de cada 5.000, aproximadamente. Habitualmente se agrupa en familias, pero se produce una mutación cada 20.000 nacimientos. "Es debida a una mutación que condiciona que el gen de la codificación de la fibrilina acople esta sustancia a las células, de manera que los tejidos pierden elasticidad y la enfermedad afecta a múltiples órganos, con menos consistencia, con un riesgo alto de dilatar la aorta y de que se rompa. Esta es la principal causa de mortalidad en los pacientes", ha explicado Arturo Evangelista, coordinador de la unidad multidisciplinar del síndrome de Marfan del Hospital Valle de Hebrón.

La esperanza de vida de los enfermos ha aumentado: hace medio siglo rondaba los 45-50 años, mientras que ahora alcanza los 75. El principal motivo ha sido la progresiva incorporación de técnicas de imagen como resonancia o ecocardiografía, que permiten comprobar cómo se dilata la aorta, de manera que cuando llega a unos valores de riesgo o se observa que se dilata muy rápidamente, se opera de manera preventiva a los pacientes.

La cirugía consiste en la colocación de un tubo en la aorta ascendente, cambiando la historia de la enfermedad. "Por desgracia, no todos los pacientes están diagnosticados y, en otras ocasiones, están manejados por médicos sin experiencia en síndrome de Marfan, por lo que la disección de aorta sigue siendo la primera causa de debut de la enfermedad y que debe evitarse, porque tiene un riesgo alto de mortalidad, que ronda el 30 por ciento en las primeras semanas", ha advertido.

El diagnóstico se realiza por la suma de criterios en relación a la afectación de la aorta, de los ojos -ya que es habitual la subluxación de cristalino- y por alteraciones familiares. Además, son frecuentes las alteraciones musculoesqueléticas como la escoliosis, pectus excavatum, pectus carinatum o en el tórax.



Ectasia anuloaórtica

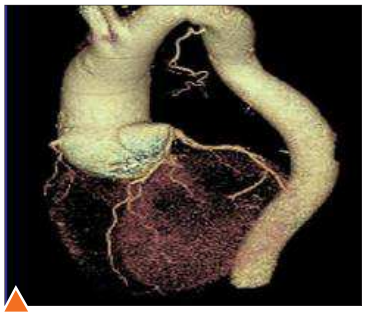
Marcada dilatación de la raíz de la aorta en un paciente que se interviene antes de que pueda producir un a disección o rotura de la aorta ascendente.

Ecocardiografía

La imagen muestra una importante dilatación de la raíz de aorta que adopta una morfología piriforme.

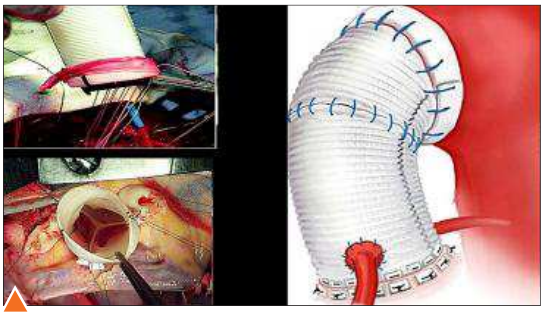
TC

Disección de la aorta toracoabdominal con dilatación de la falsa luz en un paciente intervenido de disección de aorta ascendente.



TC de aorta torácica

Se evidencia una aorta ascendente severamente dilatada que es indicación de tratamiento quirúrgico profiláctico. El resto de la aorta torácica no está dilatada pero tiene un trayecto tortuoso.



Cirugía de David

Esta intervención permite salvar la válvula aórtica y reemplazar la aorta ascendente dilatada y enferma, reimplantando las arterias coronarias. Tiene la ventaja de que evita la colocación de una prótesis valvular y la necesidad de anticoagulación de por vida.

Aspecto físico

"En general son personas muy altas y largas. En nuestra unidad tratamos a más de 300 pacientes y sus familias, y la mayoría cumple estos aspectos similares. Pero aproximadamente al 25 por ciento no se les diagnosticaría por el aspecto físico. Se han descrito más de mil mutaciones diferentes que expresan la enfermedad dentro de los mismos genes, con la característica común de que no permiten la síntesis adecuada de la fibrilina. En función de las combinaciones de las mutaciones, los pacientes tienen más problemas en la aorta, en los ojos o en la expresión musculoesquelética".

Las características de la enfermedad hacen que los pacientes deban ser atendidos por un equipo multidisciplinar que incluya cardiólogos, que manejan el diagnóstico y control de la aorta, oftalmólogos, traumatólogos, ginecólogos y obstetras para el consejo genético y genetistas, que participan de manera decisiva en el diagnóstico.

La unidad del Valle de Hebrón está realizando un ensayo clínico sobre el tratamiento de la enfermedad comparando losartán con atenolol. "Se están haciendo siete ensayos de este tipo en el mundo y, probablemente, seremos el primer grupo, junto con el del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, en comunicar los resultados de los beneficios o no de este nuevo tratamiento en tres años de seguimiento".

Además, están en marcha dos líneas de investigación: la primera en técnicas de imagen como la resonancia magnética para prever la dilatación y rotura de la aorta, y la segunda es el estudio de biomarcadores que puedan determinar qué factores detienen la alteración que condiciona el crecimiento de los órganos, esencialmente la aorta. Otro punto fuerte es la cirugía, con gran experiencia en la reparación de las aortas ascendentes.

"Aprovechamos para hacer valoraciones del tejido que se extrae. Estamos disponiendo cada vez de más información y es posible que, en los próximos años, avancemos mucho más", ha indicado. El punto de inflexión se produjo hace una década, cuando los investigadores del Hospital Johns Hopkins describieron alteraciones en ratones que evidenciaban que un factor de crecimiento está aumentado de forma anómala. Al bloquearlo, los animales cambiaban de aspecto, reduciendo las manifestaciones de la enfermedad.

Aplicación en humanos

"Estos datos nos permitieron comprender mejor el proceso y ahora estamos trabajando para aplicar los resultados en el ser humano. El tratamiento de un fármaco hipotensor como losartán podría bloquear este exceso de factor de crecimiento circulante, ayudando a que la aorta se dilate menos", ha teorizado Evangelista. La premisa es que la mutación de los genes, de alguna forma, influye en la menor presencia de receptores para bloquear esta sustancia, que queda sobreexpresada y condiciona la mayor dilatación de algunos órganos.

Los pacientes con síndrome de Marfan, al presentar problemas en el tejido conectivo, suelen tener afectas muchas partes del ojo, especialmente las fibras zonulares, que sujetan el cristalino. "Estas fibras se deterioran, se rompen y causan la subluxación del cristalino, pero la enfermedad afecta también a la córnea y elonga las capas del ojo, causando una mayor miopía, que favorece el desprendimiento de retina", ha enumerado Alicia Galán, oftalmóloga de la unidad.

La subluxación del cristalino puede corregirse mediante cirugía, sustituyéndolo por una lente intraocular, con buenos resultados. Por el riesgo de desprendimiento de retina, las revisiones oculares deben realizarse periódicamente.

DOS UNIDADES

Las unidades de Marfan en los hospitales Valle de Hebrón, de Barcelona, y 12 de Octubre, de Madrid, controlan la mayoría de pacientes en España. Evangelista ha reiterado la necesidad de que sean tratados en estos centros de referencia, ya que cuentan con mucha experiencia, efectúan revisiones periódicas en función de la fase de la enfermedad y mantienen el control habitual del médico de cabecera.

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

Porque la información es vital

ESTADOS UNIDOS UN ESTUDIO OFRECE ALTERNATIVAS PARA EL PROGRAMA 'ADVANTAGE'

Medicare crece en asegurados sanos con beneficios 'fitness'

→ **Si no se puede denegar una cobertura basándose en las condiciones de un posible asegurado, ¿por qué no darle la vuelta? Un estudio de la Universidad de Brown ha demostrado la efectividad de la decisión de Medicare Advantage de premiar a sus asegurados por su buena salud.**

David Rodríguez Carenas

Cuanto más sanos estén los ciudadanos a los que cubre Medicare, menos costes tendrá este programa estatal de Estados Unidos de asistencia sanitaria a personas mayores de 65 años. Se trata de algo muy básico, pero no lo es tanto si se tiene en cuenta que los planes de Medicare Advantage -que aunan las partes A (seguro hospitalario y B (seguro médico) de Medicare- tiene estrictamente prohibido denegar coberturas basándose en condiciones existentes.

Ante dicha realidad y tal limitación surge la alternativa de desarrollar beneficios de cobertura que atraigan a los pacientes sanos. Ésa es la vía que han analizado en la Universidad de Brown, en Estados Unidos, en un estudio que se publica en el último número de *New England Journal of Medicine*, y que muestra que eso se puede conseguir ofreciendo la posibilidad de ser reconocido como miembro de lo que han llamado *fitness club*.

"Es razonable que se empiecen a evaluar fórmulas que incentiven los hábitos de vida saludables de los clientes, porque redundan, en primer lugar, en un beneficio para los propios clientes, y también para las compañías de asistencia sanitaria", ha expresado a DIARIO MÉDICO Gabriel Beláustegui, director general de Sanitas Seguros. "Además, supone un beneficio para el Sistema Nacional de Salud porque se reduce el consumo de recursos públicos".

En este sentido, Beláustegui apuesta por la prevención: "Va a ser una de las claves en la sostenibilidad del sistema de salud. Todos los agentes del sector, tanto públicos como privados, tenemos una responsabilidad para promocionar y promover la prevención".

Estrategia

"Ofrecer este tipo de membresía *fitness* no significa negar coberturas, sino cambiar los beneficios para aquellas personas con buena salud", ha explicado uno de los autores del estudio, Amal Trivedi, profesor de Salud Pública en Brown. "Los decisores políticos buscaban para Medicare Advantage planes que compitan en la base de mejora de la calidad y reducción de costes, en lugar de en la habilidad para atraer pacientes sanos. Lo que hemos hallado en el estudio es que ofrecer una cobertura para los pertenecientes al *fitness club* es una estrategia muy efectiva para atraer a población más sana".

Para llegar a esta conclusión, el grupo, liderado por Alicia Cooper, ha llevado a cabo una comparación estadística entre miles de pacientes de 22 planes de Medicare Advantage, once de los cuales incluyeron el *fitness club* en 2004 y 2005.

Mientras que un 29,1 por ciento de los pacientes que entraron en los planes señalaron que su salud era excelente o muy buena antes de que se ofrecieran los beneficios por la pertenencia al *fitness club*, la cifra ascendió al 35,1 por ciento tras aparecer esa novedad en los planes de Medicare Advantage. Asimismo, quienes reconocieron limitaciones en su actividad física antes de aplicar los beneficios fueron un 56,1 por ciento del total, por un 45,7 de los que lo hicieron después. El porcentaje varía también -de un 33 a un 25 por ciento- en los que referenciaban problemas para andar.

> Es razonable que se empiecen a evaluar fórmulas que incentiven los hábitos de vida saludables de los clientes, según Beláustegui, de Sanitas

> En ocho de los once planes de Medicare Advantage con cambios se mejoró la salud en general y en diez aparecieron menos restricciones físicas

Desde que los planes de Medicare Advantage ofrecieron los beneficios, los ciudadanos enrolados en este plan tenían mejor salud, algo que prácticamente no varió nada en los grupos control. En ocho de los once planes en los que hubo cambios se mejoró la salud en general, en diez aparecieron menos restricciones físicas y en nueve se redujeron las dificultades para andar.

Cambio en la tendencia

Trivedi y Cooper estudiaron las estructuras de beneficio de 101 planes de salud de Medicare Advantage entre 2002 y 2008, y lo que encontraron fue un rápido crecimiento de los planes que ofrecían la posibilidad de pertenecer al *fitness club*. Mientras que en 2002 eran 14 los planes que la incluían, en 2008 ya eran 58.

"Esta tendencia sugiere que ofrecer estos beneficios puede ser una estrategia de negocio atractiva para los planes de Medicare", ha concluido Trivedi. Eso sí, también ha recordado que si todos los planes ofrecieran esas ventajas dejaría de ser una iniciativa efectiva. "Generalmente, los políticos han regulado el mercado de seguros de Medicare Advantage para prevenir la habilidad de los planes privados de seleccionar a los asegurados más sanos".

La buena salud de sus asegurados es un valor añadido para Medicare.

PROGRAMAS PERSONALIZADOS

Como ejemplo de las posibilidades que tienen las compañías aseguradoras, Gabriel Beláustegui, director general de Sanitas Seguros, ha explicado que su compañía ha ampliado y mejorado los planes activos de salud y ha creado programas mucho más personalizados. "El objetivo es prevenir las enfermedades antes de que éstas se manifiesten o detectarlas precozmente". Entre los chequeos a medida que han sido diseñados para ser realizados en una única visita médica están:

- Programa Junior: para niños de 6 a 14 años. Incluye una revisión pediátrica de la evolución del niño.
- Programa Joven: para jóvenes de entre 15 y 18 años. Incluye una revisión completa del médico de familia.
- Programa Mujer: entre 19 y 65 años. Incluye un examen ginecológico adaptado a cada franja de edad.
- Programa Hombre: para los varones de entre 19 y 65 años. Incluye un examen por parte del médico de familia.
- Programa Materno-Infantil: específico para dar respuesta a las necesidades de la mujer y el bebé desde el embarazo.

ANDALUCÍA INVERSIÓN DE 1,5 MILLONES

Un 'tablet PC' permitirá el acceso inmediato a la HCE en equipos de emergencias

Redacción

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha puesto en marcha una iniciativa para que los equipos de emergencias tengan acceso inmediato a la historia clínica del paciente a través de un *tablet PC*. En concreto, ha destinado 1,5 millones de euros en el desarrollo e implantación de la historia de salud en movilidad, una medida que ya se aplica en Córdoba y que se está implantando en el resto de la comunidad autónoma.

De esta manera, el organismo pretende facilitar la labor de los sanitarios en la atención a los pacientes en sus domicilios, en la vía pública y en las situaciones de accidentes con múltiples víctimas o emergencias colectivas. La medida permite agilizar la recogida de la información clínica y los cuidados que se aplican al paciente gracias a nuevas tecnologías aplicadas a las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Conexión con la base

La iniciativa, financiada por los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (Feder), permite al profesional sanitario trabajar sobre un *tablet PC* que recibe los datos personales del paciente, puesto que está conectado con la Base de Datos de Usuarios y con la historia única digital del Servicio Andaluz de Salud (*Diraya*). De esta forma, se produce la identificación inmediata de los pacientes, independientemente del lugar donde se encuentren, y de sus antecedentes, alergias, problemas y tratamiento actual mientras se acude al lugar de la asistencia. Con un módulo especial, el dispositivo permite la atención de múltiples víctimas en las situaciones de catástrofe.

Captura de datos

Además, el sistema captura los datos de los equipos electromédicos de la UVI móvil -pruebas diagnósticas que se realizan durante la atención de las urgencias y emergencias- y permite su envío al hospital en caso de derivación, de manera que los profesionales que atenderán al paciente a su llegada al centro cuentan con una información más precisa e inmediata. Todo el episodio de urgencias se registra en la Historia de Salud digital.

Por último, quedan también registrados todos los tiempos asociados a cada fase de la atención sanitaria.

EMPRESAS

Novartis prevé casi 2.000 despidos en Estados Unidos

Redacción

Novartis ha anunciado que reducirá su plantilla en Estados Unidos para mantener su competitividad pese al próximo vencimiento de la patente de su antihipertensivo *Diovan* -valsartán- y una esperada caída en la demanda de *Rasilez/Tekturna* -aliskiren-, también para la HTA, una vez terminado el ensayo Altitude. La medida se concretará en el despido de unas 1.960 personas, fundamentalmente de su área centrada en atención primaria, dado que la compañía proyecta "aumentar su presencia en el negocio de especialidades en línea con su cartera comercializada y en desarrollo".

"Son decisiones difíciles pero necesarias para garantizar los recursos que nos permitan la inversión en el futuro", ha señalado David Epstein, responsable de Novartis Pharmaceuticals. Los despidos afectarán a unos 1.630 empleados de campo y otros 330 trabajadores de las instalaciones de la suiza en Estados Unidos, y se producirán a lo largo del segundo trimestre de 2012.

La reestructuración dará lugar a un gasto excepcional de 160 millones de dólares en el primer trimestre de 2012, 900 millones aplicables al cierre del último trimestre de 2011 y 160 millones más por la interrupción del desarrollo de elinogrel y la calcitonina oral.

CALIDAD SEGÚN ANGELA COULTER, DEFENSORA DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

"Fortalecer el rol del paciente hace la asistencia asequible"

→ **Angela Coulter, directora de iniciativas globales de la Foundation for Informed Medical Decision Making, ha defendido en Barcelona que dar al paciente información y capacidad de decisión es útil para él pero también para el propio sistema, que de esa forma incluso puede reducir costes.**

Carmen Fernández Barcelona

"Alguien dijo alguna vez que los pacientes son el mayor recurso sin explotar en la asistencia sanitaria. Una atención de alta calidad es tan accesible como organizada en torno a las necesidades de los usuarios. Reconocer y fortalecer el rol del paciente puede ser la mejor esperanza posible para asegurar que la asistencia sanitaria siga siendo efectiva y asequible en el futuro". Con estas palabras ha concluido Angela Coulter, directora de las iniciativas globales de la Foundation for Informed Medical Decision Making de Boston en Estados Unidos (USA) e investigadora senior del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Oxford en Reino Unido, su discurso de agradecimiento por la distinción como *Homenot internacional* que le ha concedido la Fundación Avedis Donabedian (*ver DM del 11-I-2012*).

Según ha explicado, junto con compañeros de Oxford y del Picker Institute, ha realizado durante años numerosas encuestas sobre pacientes, tanto en el Reino Unido como en el resto de Europa, lo que les ha proporcionado "un punto de vista excepcional en cuanto a sus necesidades y preferencias".

RAFA M. MARIN

Angela Coulter durante su discurso en el Palacio de la Musica.

Los estudios muestran que los pacientes bien informados tienden a optar por procedimientos menos invasivos y menos costosos

Hay mucha evidencia

Todos esos trabajos, además, han ayudado a implantar el Programa nacional de evaluación de pacientes del Reino Unido, lo que le ha convertido en el primer país del mundo en obligar por ley a recopilar información periódica y sistemática del paciente.

"Y a través de mi asociación con la Foundation for Informed Medical Decision Making de Boston y el King's Fund de Londres, llevamos mucho tiempo defendiendo la toma de decisiones compartida, animando a los profesionales sanitarios y a los pacientes a que colaboren conjuntamente para seleccionar tratamientos o medidas asistenciales, informados con resúmenes accesibles a su comprensión de la evidencia científica. Creemos que ésta es la respuesta más lógica al problema generalizado de variaciones injustificadas en la aplicación efectiva de la atención sanitaria", ha manifestado.

Reino Unido y USA

Coulter se ha mostrado "encantada" por haber logrado que los gobiernos "nos hayan escuchado, y ahora la promoción de la toma de decisiones compartida ya es una política oficial en el Reino Unido y los Estados Unidos".

El aumento de la cantidad de evidencia sobre esta materia "sugiere que alentar a los pacientes a desempeñar un papel más activo en su propia atención sanitaria puede ser la mejor manera de mejorar los estándares de calidad manteniendo los costes bajo control".

Considera que los pacientes son tomadores de decisiones efectivos cuando se les ofrece una selección de tratamientos o medidas asistenciales, conjuntamente con ayuda en la decisión basada en la evidencia para decidir de forma informada: "casi siempre reciben bien que se les brinde la oportunidad".

Menos costes

Y un elemento a tener en cuenta en el actual contexto: "Los estudios muestran que los pacientes bien informados tienden a optar por procedimientos menos invasivos y menos costosos, dando lugar a una mayor efectividad y eficiencia". A su juicio, "si a todos los médicos se los educara en comunicación de riesgos y toma de decisiones compartida, tendríamos una mejor oportunidad de lograr un equilibrio óptimo de la oferta y la demanda en la atención sanitaria, incluso en estos tiempos de escasez económica".

Sobre los pacientes ha dicho que tienen un papel clave en la mejora de la calidad: "Las encuestas sistemáticas a enfermos y otras formas de retro-información son la mejor manera de medir la calidad de un servicio. Los comentarios del paciente también pueden utilizarse para valorar la efectividad clínica, utilizando medidas de resultado informadas por el paciente; y estas herramientas pueden ayudar a mejorar la comunicación entre médicos y pacientes".

Al parecer, los comentarios del usuario proporcionan información valiosa sobre las prioridades en calidad. Además, la publicación de esos datos en internet, en su opinión, puede ayudar a que se produzca el cambio. "Los resultados son aún mejores cuando los pacientes son invitados a diseñar y planificar la evolución del servicio".

EL PAPEL DE LOS MÉDICOS

Angela Coulterdeclara que los médicos podrían hacer más para ayudar a los pacientes a ayudarse a sí mismos: "La mayoría de la gente quiere cuidar su salud y la de su familia lo mejor que puedan, pero sus esfuerzos son a menudo comprometidos por las prácticas paternalistas o las actitudes desdeñosas. La mayor prioridad para los sistemas sanitarios actuales es tratar con un número creciente de personas mayores y que necesitan atención a largo plazo. Un gran número de casos muestra que proporcionarles apoyo eficaz a la auto-gestión puede mejorar los resultados sanitarios, así como salvar vidas y reducir los costes".

En una jornada celebrada en el Colegio de Médicos de Barcelona y organizada por SARquavitae, ha añadido sobre este mismo asunto que en tiempos de crisis y de recortes como el actual "es importante explicar que la toma de decisiones compartida podría ser una de las mejores formas de garantizar un uso más apropiado de los recursos sanitarios. Se ha comprobado que los pacientes mejor informados e involucrados en el tratamiento de su enfermedad son más responsables a la hora de tomar su medicación y eligen una atención médica mejor".

ECOLOGÍA EN COMUNIDAD, MÁS EXPRESIÓN

La cara en los primates y sus diferentes rasgos muestran su evolución

Redacción

Los rostros de los primates son los fieles espejos de la evolución, ya que aventuran cómo el entorno social y ecológico los modifica, según ha determinado un estudio realizado por investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles y que se publica en la edición *on-line* de *Proceedings of the Royal Society B*.

Como una suerte de detectives de la evolución, los biólogos estudiaron las caras de 129 primates machos adultos procedentes de América del Sur y Central. "Observando a los primates americanos uno se queda inmediatamente sorprendido de la gran diversidad de caras. Las hay rojas, con bigotes, de pelo largo y con muchas otras características. Aún hay muchas cuestiones por resolver sobre la evolución de los rostros y qué factores explican esos cambios característicos de las caras. Nos hemos orientado sobre todo por la vista, ya que se puede obtener mucha información a partir de la cara", ha afirmado Michael Alfaro, principal autor del trabajo.

"Hemos encontrado evidencias de que cuando las especies viven en comunidad sus caras son más simples. Creemos que este hecho se relaciona con la habilidad de comunicarse con la ayuda de expresiones faciales, ya que vivir en grupo obliga a utilizarlas con más frecuencia. Unos rasgos más sencillos permiten al primate formar expresiones faciales de forma más fácil", ha afirmado Sharlene Santana, otro de los autores del estudio. Esta conclusión sorprendió a los investigadores, ya que todo apuntaba a que ocurría al revés. Los humanos "tienen menos adornos, lo que puede ayudar a ver las expresiones faciales con más facilidad que si, por ejemplo, tuviéramos varios colores".

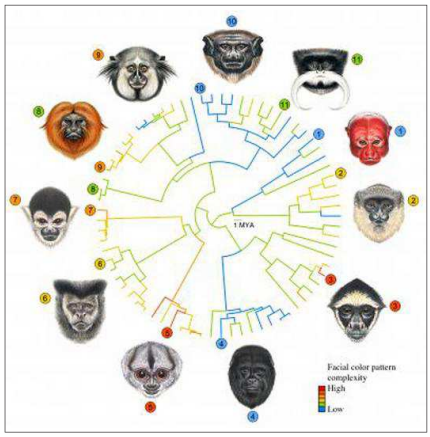
Rasgos faciales

Por otro lado, los resultados muestran que en los primates que cohabitan en entornos con otras especies relacionadas sus rasgos son más complejos, independientemente del tamaño de su comunidad.

El trabajo muestra que vivir en comunidad simplifica los rasgos en los primates e intensifica el uso de las expresiones faciales

Este resultado concuerda con su necesidad de reconocer a los miembros de otras especies para evitar la reproducción con ellos.

Además, se ha observado que cuanto más cerca del Ecuador viven los primates, la piel y el pelo alrededor de los ojos se oscurece, y también las regiones alrededor de la nariz y la boca cuando habitan en entornos húmedos y bosques densos, mientras el pelo es más largo cuanto más lejos del Ecuador y más frío es el clima. Todos estos rasgos se achacan a la regulación de la temperatura corporal.



Para el estudio se han analizado once tipos de primates.

RSC
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Los profesionales sanitarios españoles encontrarán un apoyo en su tarea de cooperantes en la Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios de la OMC, cuya labor se refuerza gracias al acuerdo alcanzado con la Consejería de Sanidad de Valencia. Para los especialistas en psiquiatría y psicología infantil y de la adolescencia, la Fundación Alicia Koplowitz abre una nueva convocatoria anual de ayudas y becas por valor de 1,7 millones de euros.

ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE VALENCIA Y LA OMC

Impulso conjunto para la cooperación sanitaria española

Redacción

La Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios (Frcoms), de la OMC, y el Centro Superior de Investigación en Salud Pública (Csisp), adscrito a la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, desarrollarán conjuntamente proyectos, actividades, iniciativas y programas en el ámbito de la cooperación sanitaria. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Frcoms, e Isabel Muñoz Criado, directora del Csisp, personalizan una asociación que pretende el desarrollo de proyectos de ámbito nacional e internacional, el asesoramiento técnico mutuo y la puesta a disposición de las herramientas de trabajo y espacios de difusión de ambas organizaciones.

Isabel Muñoz y Juan José Rodríguez Sendín.

Punto de encuentro

En concreto, compartirán la *Plataforma Helpcome*, un punto de encuentro para profesionales, estudiantes y organizaciones que trabajan en cooperación internacional para el desarrollo en el ámbito sanitario, y la *web* de la fundación con el objetivo de lograr una mayor eficiencia y alcance de los recursos materiales y humanos destinados a la cooperación sanitaria.

El convenio establece la creación de una comisión mixta formada por dos representantes de cada entidad para facilitar la colaboración y consecución de los objetivos. Muñoz Criado y Mónica Palerm, coordinadora de la *Plataforma Helpcome*, representan al Csisp, mientras que en nombre de la Frcoms participarán Serafín Romero y Yolanda López, secretario y secretaria técnica de la fundación.

Entre otras funciones, las organizaciones facilitarán un mejor conocimiento por parte del médico acerca de las condiciones de las condiciones del país donde se inicie un proyecto de cooperación y desarrollo.

Según Rodríguez Sendín, "muchos médicos todavía viajan sin seguro, sin conocimiento de la embajada española en el país de destino y sin información previa que les permita coordinarse con otros cooperantes y voluntarios que trabajan en la misma zona".

Titulación

Otro problema con el que se encuentran los médicos cooperantes y voluntarios es el reconocimiento de los títulos, algo en lo que también se trabajará en el marco del acuerdo.

Isabel Muñoz indica que el Csisp lleva tiempo "intentando desarrollar un sistema de información en el que todas las organizaciones o cooperantes tengan un punto de encuentro entre sí y con organizaciones de países en desarrollo. El sistema de información que ofrece la *Plataforma Helpcome* sólo puede funcionar si se implican las organizaciones de desarrollo".

"Lo ideal -añade- sería que toda España tuviera este sistema de información y que todas las ONG y organizaciones incorporaran sus proyectos, de manera que una persona que va a ir a Mozambique sepa que hay otra de otra región haciendo exactamente lo mismo; en estos momentos eso no existe y necesitamos que la gente se implique".

LA FUNDACIÓN ALICIA KOPLOWITZ RECIBIRÁ PROPUESTAS HASTA EL 29 DE FEBRERO

Ayudas a la formación e investigación en psiquiatría y psicología infantil por valor de 1,7 millones de euros

Redacción

La Fundación Alicia Koplowitz abre un año más el plazo para optar a una de sus 23 becas o ayudas a la formación especializada y la investigación en psiquiatría y psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Médicos especialistas en psiquiatría y psicólogos clínicos podrán presentar proyectos hasta el 29 de febrero, preferentemente en las áreas de autismo, esquizofrenia, trastornos afectivos, de atención y alimentación, hiperactividad y neurofarmacología en infancia y adolescencia. El valor total de las ayudas será de 1.700.000 euros. El programa de la fundación ha formado ya a 36 especialistas en Psiquiatría Infantil y Juvenil, ha concedido 48 becas de estancias cortas en centros de investigación de prestigio internacional y ha financiado 44 proyectos de investigación en España.

La edición de este año constituye la IX convocatoria de las becas de formación avanzada, cuyo número se amplía de tres a cinco. Con ellas se podrán realizar estudios de postgrado en Estados Unidos y Reino Unido durante dos años con una dotación de 50.000 dólares y 30.000 libras anuales, respectivamente. Las becas para estancias cortas se convocan por sexto año consecutivo y permitirán a los beneficiarios ampliar su formación en centros internacionales con una dotación entre 3.000 y 4.000 euros mensuales en función del lugar de destino. Finalmente, las ayudas a proyectos de investigación se concederán por octava vez tras la selección de ocho equipos españoles que dispondrán de 50.000 euros durante un periodo de dos años.

La Fundación Alicia Koplowitz ejerce también una acción social en la atención a la infancia y adolescencia con cuatro residencias de acogida y proyectos específicos centrados en necesidades humanas y sociales de cada momento.

ADEMÁS...

La campaña financia programas educativos y sanitarios.

'Dona tu móvil' para promover la salud de niños y mayores

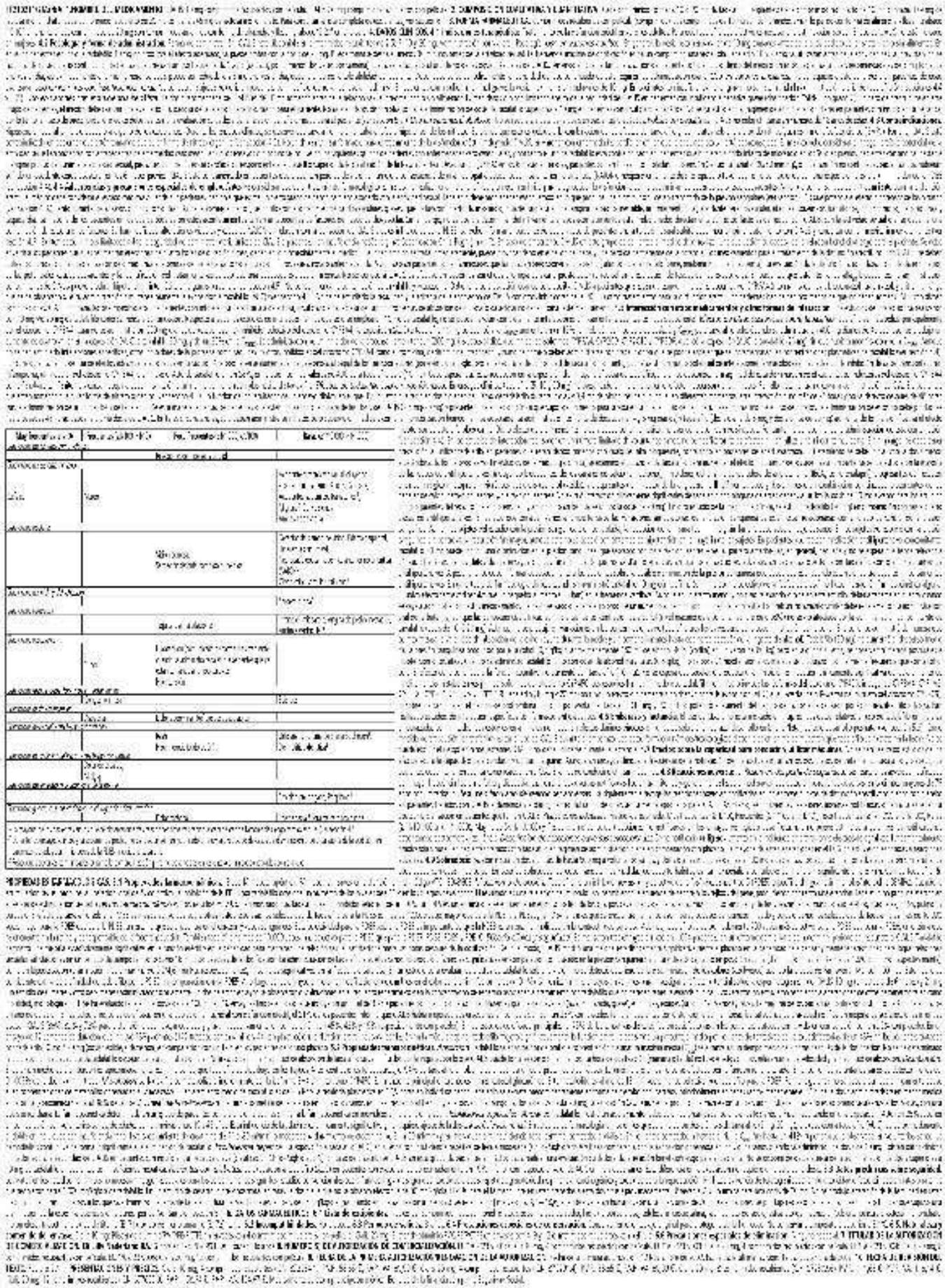
El Hospital USP San Camilo de Madrid se ha unido a la campaña *Dona tu móvil*, de la que Cruz Roja España y la Fundación Entreculturas han presentado una nueva edición. La campaña, que se puso en marcha hace 7 años, ha recogido hasta la fecha 663.615 teléfonos. Los pacientes, acompañantes y trabajadores del centro pueden entregar sus móviles usados en el hospital. Los beneficios de la reutilización y el reciclaje se han destinado a los proyectos de Entreculturas para la escolarización y asistencia en VIH de niños en América Latina y África, y Cruz Roja ha realizado iniciativas de sensibilización dirigidas a mayores, promoviendo el envejecimiento saludable con la realización de actividades medioambientales.

Café & té por la asistencia

Esta tarde se hará entrega de 6.000 euros por parte de la cadena Café & Té a la ONG Desarrollo y Asistencia (DA).
Ambas entidades emprendieron una campaña en Navidad por la que la cadena se comprometió a donar el 10 por ciento de la recaudación que obtuvieran sus cafeterías madrileñas el 22 de diciembre para financiar los programas de acompañamiento a mayores que están solos y a personas con discapacidad de la ONG.

Pastillas solidarias en Navidad

La Clínica Londres ha apoyado en Navidad la campaña *Pastillas contra el dolor ajeno*, de Médicos Sin Fronteras, con la compra de 2.000 cajas que repartirá entre sus pacientes.
En una caja roja, de venta en farmacias al precio de un euro, seis caramelos de menta representan a seis enfermedades olvidadas. Cada día mueren en el mundo 8.000 personas a causa de enfermedades que podrían ser evitadas, como el Kala azar, el Chagas, la tuberculosis, la malaria, la enfermedad del sueño o el sida infantil. "Queremos colaborar con esta iniciativa de MSF porque, como compañía médica, somos conscientes de la situación sanitaria que se vive en estos países", ha dicho Agustín Ramos, director médico de la Clínica Londres.



EMPLEO

DESPACHOS MÉDICOS CON INSTALACIONES NECESARIAS PARA ACTIVIDAD; DOMICILIO SOCIAL Y FISCAL. TELÉFONO 678-987-852.

INMOBILIARIA

Alquiler Chalet Arturo Soria, amueblado, dos plantas, dos salones, cuatro habitaciones, dos baños, cocina, office, aparcamiento. Directamente 649-595-690.

Alquiler calle Hermosilla 1ª planta oficina o consulta. 150 m2 a estrenar, portal representativo, muy luminoso. Tfno. 915-754-984. Particular.

PREMIOS

La Sociedad Española de Neonatología convoca cada año una serie de becas para ayudas a la asistencia a reuniones científicas nacionales e Internacionales relacionadas con la Neonatología. Para el XXIII European Congress of Perinatal Medicine, que se celebrará en París del 13 al 16 de junio, ha convocado doce becas de asistencia, con una cuantía de 1.200 euros cada una. El plazo de solicitud finaliza el 23 de enero. Ver más información en www.seneonatal.es/BecasyPremios/tabid/69/Default.aspx

PLANNING

MARZO

22-24 Cardiología. **XXXI Reunión Anual de la Sección de Imagen Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología.**
Se celebrará en Granada. Más información: Tfno. 917 24 23 70. *E-mail:* cplaza@secardiologia.es Web: www.secardiologia.es

23-24 Anestesiología. **II Jornadas de Controversias y Complicaciones en Anestesia Regional y Dolor.**
Se celebrará en el Hotel Meliá, de Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno: 91 658 65 57. *E-mail:* info@eneirsl.com Web: www.evenirsl.com

23-25 Neumología. **VIII Curso Internacional de Neumología Pediátrica.**
Se celebrará en el Hotel Botánico de Puerto de la Cruz, en Tenerife. Más información: Web: www.cipp-meeting.org/icpp2012

26-29 Cardiología. **XIV Curso Avanzado de Electrocardiografía Clínica.**
Se desarrollará en el Auditorio del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, organizado por la Unidad de Arritmias del Instituto Cardiovascular del centro. Más información: Web: www.arritmias.es

27-29 Formación. **IX Congreso Internacional de Prácticas en Educación Inclusiva.**
Se desarrollará en la Universidad de Cádiz. Más información e inscripciones: Tfno: 95 601 64 20. *E-mail:* congresoee2012@uca.es Web: www.uca.es/evento/ee2012

28-30 Ginecología. **XI Congreso de la Sociedad Española de Contracepción.**
Se desarrollará en el Auditorio Alfredo Kraus del Palacio de Congresos de Canarias. Más información e inscripciones: Tfno: 902 195 545. Fax: 902 199 854. *E-mail:* sec2012@sec.es Web: www.sec.es/congresos/nacionales/sec2012

30-31 Psiquiatría. **IV Simposio sobre el Trastorno Límite de la Personalidad.**
Tendrá lugar en el auditorio del Hospital General de Cataluña, en Barcelona. Más información: Web: www.geyseco.es/trastornolimite

ABRIL

12-14 Cardiología. **X Foro Iberoamericano de Cardiología.**
Se desarrollará en el Palacio de Congresos de Cádiz. Más información e inscripciones: Tfno. 902 43 09 60. Fax: 902 43 09 59. Web: www.foroiberoamericanodecardiologia.com

12-14 Dermatología. **XI Curso Internacional de Avances en Dermatología.**
Se desarrollará en el Hotel Barceló Renacimiento de Sevilla. Más información e inscripciones: Tfno. 91 357 66 09. Fax: 91 542 91 41 Web: : www.grupoaulamedica.com

13 Genética. **Genética del Desarrollo.**
Se celebrará en el Centro Médico Eresa de Valencia. Más información: Tfno. 902 107 151. *E-mail:* fundacion@sistemasgenomicos.com

18-22 Hepatología. **EASL 2012: Congreso Internacional sobre el Hígado.**
Se desarrollará en el Centro Internacional de Convenciones de Barcelona. Más información e inscripciones: Web: http://www2.kenes.com/liver-congress/pages/home.aspx

19-21 Endocrinología. **XXIII Congreso Anual de la Sociedad Española de Diabetes.**
Se celebrará en el auditorio del Palacio de Congresos Mar de Vigo, en Vigo. Más información e inscripciones: Tfno. 91 401 33 42. Fax: 91.402 02 27. Web: sedvigo2012.pacifico-meetings.com

19-21 Medicina de Familia . **XVII Congreso Semergen Comunidad Valenciana.**
Se desarrollará en el Hotel Luz de Castellón. Más información e inscripciones: Tfno. 902 43 09 60. Fax: 902 43 09 59. *E-mail:* info@apecongress.com

19-22 Cirugía. **I Congreso Mundial sobre Controversias en Artroplastia, Traumatología Ortopédica, Cirugía Artroscópica y Medicina Deportiva.**
Se celebrará en Barcelona. Más información: Tfno. 93 208 11 45. *E-mail:* spain@comtecmed.com Web: www.comtecmed.com/Corty

20-21 Oftalmología. **Actualización en el glaucoma: Tratamiento actual y cirugía de los glaucomas.**
Tendrá lugar en el auditorio Axa, en Barcelona. Más información: Tfno. 93 414 67 98. *E-mail:* instituto@barraquer.com Web: ww.barraquer.com

20-21 Cardiología. **Fórum sobre Enfermedad Cardiovascular en la Mujer.**
Tendrá lugar en Estepona. Más información e inscripciones: *E-mail:* forumcardio@gmail.com Web: www.wix.com/forumcardio/estepona

Las instituciones que deseen que sus convocatorias aparezcan en este PLANNING pueden comunicarlo a la dirección de DIARIO MÉDICO (Avenida de San Luis, 25. 28033 MADRID) o al fax 91 443 63 40. Convocatorias nacionales e internacionales por especialidades en DM Internet: http://diariomedico.com/agenda

FUERA DE CONSULTA

FERNANDO SERRANO

→ El deporte y su aplicación a la Medicina Física y Rehabilitación es su gran reto. A sus pacientes les intenta inculcar que el ejercicio físico es un arma terapéutica más.

"Utilizo el deporte como arma terapéutica"

Alicia Serrano

La historia de Fernando Serrano, especialista en Medicina Física y Rehabilitación, está llena de éxitos deportivos y profesionales: no es sólo campeón de España de Cross en 2000 y 2005, campeón de España en 3.000 y 5.000 metros lisos, tercer finalista en el campeonato de Europa y del mundo de Cross, sino que también es un visionario en su especialidad. Lo ha conseguido aunando su experiencia como atleta de élite y sus conocimientos médicos: "Tengo la suerte de haber podido conjugar la faceta profesional y la deportiva. Empleo el ejercicio físico como arma terapéutica en el 70 por ciento de mis pacientes".

¿Qué quería ser de niño?

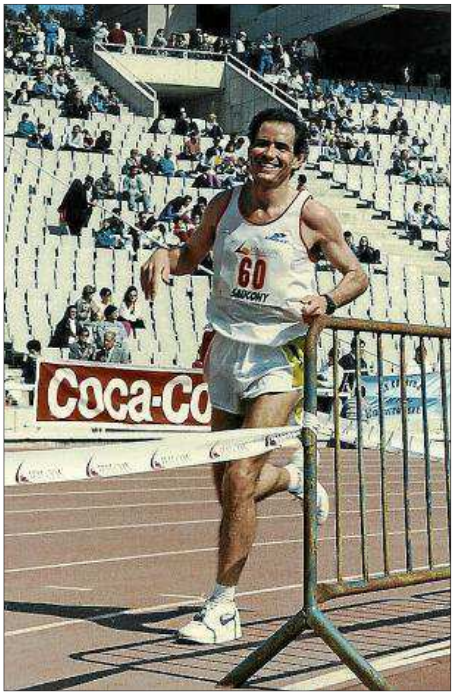
-Médico, aunque no sé por qué. El atletismo entró en mi vida en tercero de carrera, que fue un momento crítico en el que estuve a punto de abandonar Medicina. A partir de entonces ambas facetas me han acompañado a lo largo de mi vida.

¿Qué es el deporte para usted?

-Entrenar es una filosofía de vida. Me ayuda a descubrirme a mí mismo y a relacionarme con lo que me rodea. En definitiva, me ayuda a estar vivo. Desciendo de gente de campo y tengo una necesidad especial de estar con la Naturaleza. Cuando entreno disfruto viendo el amanecer o abrazando un árbol.

Sus éxitos deportivos están condensados entre los 40 y los 45 años…

-La Medicina y el atletismo siempre han ido de la mano en mi trayectoria vital. Mi época de estudiante coincidió con la de deportista *senior*, así que no me pude volcar demasiado en el ejercicio físico y, como todo estudiante que se precie, solía encerrarme durante semanas en casa durante la época de exámenes. Lo cierto es que cuando era *senior* no tenía talento y era una quimera estudiar y correr a alto nivel. Cuando en el mundo del deporte empecé a formar parte de los veteranos ya había hecho la especialidad, de manera que comencé a tener más tiempo para entrenar. ¡Entonces empecé a vencer a deportistas que habían ganado olimpiadas! En el campeonato de España de 3.000 metros lisos vencí a Domingo Ramón, que había obtenido el cuarto puesto en los Juegos Olímpicos de Moscú de 1980 en la modalidad de 3.000 metros obstáculos. No entendía qué me había ocurrido para poder rendir a un nivel tan alto. Al final comprendí que durante todo ese tiempo había estado combinando el atletismo con otros deportes, como la natación, el ciclismo o el esquí. Me habían ayudado a machacar menos mis músculos -ya que el impacto en el suelo es menor- y gracias a ellos había logrado mejorar sustancialmente mi rendimiento. Lo cierto es que en atletismo no se utilizaban estos deportes como medios de trabajo.



Fernando Serrano aúna el deporte con el ejercicio médico.

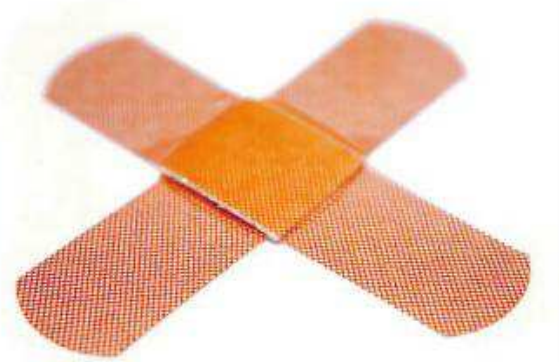
¿De qué forma le ha ayudado ser un atleta de élite en su ejercicio médico?

-Aplico a la Medicina todo lo que experimento como deportista. Dedico un par de horas al día a realizar ejercicio físico y para mí es una fuente de investigación, de manera que les doy un valor añadido a los pacientes que no está escrito en los libros. Soy el responsable de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital Sur de Alcorcón, en el Hospital Beata Mariana de Jesús y en la Clínica Dalren, y en mis consultas tengo un área de patología deportiva del aparato locomotor específica para deportistas que, además del tratamiento convencional, necesitan tablas de entrenamiento para volver al ejercicio físico. También he desarrollado un programa de ejercicio físico y salud para pacientes diabéticos, con cáncer, hemofílicos, que han tenido un infarto y ya están estabilizados… para que utilicen el ejercicio como un arma terapéutica más.

> Llevo una temporada que no me apetece competir... Quizás tengo la cabeza puesta en los problemas que estamos viviendo en el sector sanitario

¿Cuándo va a ser su siguiente cita deportiva?

-Siempre hay que tener un motivo para competir: demostrar que eres mejor que otro o retarte contra lo mejor de tí mismo. En estos momentos llevo una temporada que no me apetece competir. Quizás tengo la cabeza puesta en los problemas que estamos viendo últimamente en el sector sanitario. Me preocupan las carteras de servicio que se puedan modificar, los cambios empresariales, etcétera. Ahora dedico gran parte de mi tiempo a entrenar a mis hijos, de 14 y 18 años, y a mi hija de 21 años.

DIARIO MEDICO.COM
Puede leer otras entrevistas *Sobre el terreno, Fuera de consulta* y *Sin anestesia* en la web.

DIARIO MEDICO
PUNTO DE ENCUENTRO
de profesionales