



La formación de los médicos de AP, clave para la ICC

Semergen y AstraZéneca ponen en marcha el estudio CLASICC para medir la calidad asistencial en Primaria

Luis Domingo



La formación de los médicos de Atención Primaria (AP) es un pilar imprescindible a la hora de asegurar el correcto abordaje de los pacientes que padecen insuficiencia cardíaca crónica (ICC). Este argumento ha servido de punto de partida para que la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen), con la colaboración de AstraZéneca, haya puesto en marcha el estudio CLASICC, primer trabajo español que medirá la calidad asistencial prestada en AP a los pacientes de ICC.

El coordinador de este proyecto, José Luis Llisterri, médico de familia del centro de salud Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia) adelantó que el objetivo de este estudio es poner al alcance de los médicos de AP

los indicadores y criterios de calidad necesarios para el abordaje del paciente con IC. Además del manejo adecuado de estos indicadores, Llisterri insiste en el hecho de que "la buena interrelación entre AP y Atención Especializada es necesaria para mejorar la calidad asistencial prestada a los pacientes con IC". Por otra parte, el aumento que actualmente se está registrando en la prevalencia de la ICC hace que los profesionales de AP tengan cada vez más interés en esta patología. Así, Llisterri apunta que los talleres que se impartirán dentro del estudio CLASICC pretenden "sensibilizar y mejorar la capacidad diagnóstica en la ICC".

Página 2

El paciente asmático necesita información

Evitar las exacerbaciones, prioridad para los afectados

La adopción de determinadas medidas de prevención podría reducir la intensidad del asma e incluso llegar a retrasar los síntomas. Sin embargo, Teresa Carrillo, del servicio de Alergia del Hospital Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canarias, indica en este sentido que "muchos de los mensajes que se lanzan no llegan a la población general". En opinión de esta experta, la educación sanitaria del paciente asmático es otro de los aspectos que "sigue sin desarrollarse en un gran número de consultas en las que se atiende a asmáticos".

Adherencia

A lo largo de su participación en la reunión "Asma Hoy: de la teoría a la práctica clínica", Carrillo analizó el nivel de adherencia terapéutica que en la actualidad poseen los pacientes asmáticos. Así, esta experta explicó que la intro-

ducción de las combinaciones farmacológicas ha mejorado la adherencia al tratamiento antiasmático "al garantizar el uso regular del esteroide inhalado". En este contexto, Carrillo hizo referencia a la combinación de dos fármacos (budesónida + formoterol) indicando que "su administración conjunta podría tener un efecto sinérgico de las vías farmacológicas de ambos medicamentos".

Evitar las exacerbaciones se convierte en una de las prioridades del paciente asmático. De esta forma, Carrillo se refirió a los resultados del estudio INSPIRE, que revela que una elevada proporción de pacientes asmáticos que es capaz de identificar que su enfermedad varía en el tiempo "prefiere ajustar su tratamiento de manera precoz para evitar las exacerbaciones".

Página 3

Investigación clínica española, a debate

Café de Redacción sobre la investigación en España



Contenidos

El Real Decreto 223/2004 no ha mejorado las cosas. Un año y medio después de su aplicación, los procesos de evaluación de los ensayos clínicos no se han acelerado y, aunque la calidad de los trabajos españoles es indiscutible, son muchos los puntos a desarrollar.

¿Goza la investigación clínica en España de buena salud? Varios expertos discutieron sobre esta cuestión en

un Café de Redacción organizado por el diario digital de información sanitaria *azprensa.com* y Contenidos, editores de *Gaceta Médica* y *El Global* y que contó con la presencia de Emilio Vargas (Aemps), Antonio Gil Aguado y Juan García Puig (Hospital La Paz), Pedro Mata (Fundación Hipercolesterolemia Familiar) y Ramón Estiarte (AstraZéneca).

Páginas 4 y 5

En este número

Acuerdos de investigación

El acuerdo de investigación entre AstraZéneca y Targacept permitirá el desarrollo de dos nuevos fármacos para déficit cognitivo en el Alzheimer y la esquizofrenia. Otro acuerdo con AtheroGenics impulsará el desarrollo y comercialización de un nuevo antiinflamatorio para el tratamiento de la aterosclerosis.

Página 5

Disfrutar de la vejez



A través de una serie de entrevistas con José Fornes, Luis Cayo y Eduardo Rodríguez Rovira, se reflexiona sobre la vejez, la discapacidad y la dependencia, la necesidad de ayuda a este colectivo cada vez más numeroso y la forma de enfrentarse con optimismo a esta etapa de la vida.

Página 6

La Responsabilidad Social Empresarial entra en escena

Próximamente se presentará en España la primera Memoria de Responsabilidad Social Empresarial referida exclusivamente a las actividades de un laboratorio farmacéutico en España. Las grandes compañías cada vez están más comprometidas no sólo con su negocio, sino también con la sociedad.

Página 8

Papel del farmacéutico de AP



Juan Carlos Morales, nuevo presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, repasa el papel que tienen estos profesionales y en especial su influencia para un buen uso de los medicamentos.

Página 12

La formación de los médicos de AP influye en la calidad asistencial que reciben los pacientes

Con una formación adecuada el médico de Atención Primaria (AP) puede tratar a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC). Asimismo, una buena interrelación entre AP y especialistas es esencial para mejorar la calidad de la asistencia a estos pacientes.

En este sentido, un total de 20 médicos de AP de toda España participan en el estudio CLASICC de la Semergen, patrocinado por AstraZéneca, que parte de la premisa de que la formación médica influye en la calidad asistencial que recibe el paciente. CLASICC consta de una primera etapa en la que cada médico

hace una evaluación de calidad asistencial en diez pacientes, seis meses después se les da a los médicos unos talleres de formación asistencial y posteriormente, al cabo de otros seis meses, evalúan la calidad asistencial en otros diez pacientes para ver la influencia del aprendizaje y comparar la calidad asistencial.

(Viene de portada)

Azprenta.com ha conversado con el coordinador de los talleres de formación asistencial para médicos de AP, José Luis Llisterri, médico de familia del centro de salud Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia), quien comenta la importancia e implicaciones que el presente estudio puede tener en la práctica clínica habitual de los médicos de Atención Primaria.

¿Cuál es la razón de ser del estudio CLASICC?

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es una enfermedad clínica progresiva crónica, que necesita un tratamiento integral e integrado con los especialistas, y donde es necesaria además una formación adecuada por parte del médico de Atención Primaria (AP) para que pueda realizar un tratamiento correcto. Por ello hacen falta unos talleres de formación que pongan al alcance de estos médicos unos criterios indicadores de calidad que serían de obligado cumplimiento en el paciente afecto de IC. El objetivo fundamental del estudio es poner al alcance de los médicos de AP estos indicadores y criterios de calidad que han sido consensuados por un grupo de expertos, cardiólogos, internistas y especialistas de AP en el campo cardiovascular y también especialistas de AP expertos en la gestión de la calidad en AP.

En total se trata de unos 50-60 indicadores de calidad que deben registrarse en el paciente con IC, de los que hay 12-13 de obligado cumplimiento. En el CLASICC se hace un taller de formación en el que se forma a los médicos en estos aspectos y al cabo de seis meses se recoge la información para ver si realmente el taller ha surtido efecto en cuanto a la mejora de la calidad de la atención al paciente con IC.

¿Es importante la cooperación entre médicos de AP y especialistas?

La buena interrelación entre AP y Atención Especializada es esencial para mejorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con IC y también, lógicamente, para disminuir la morbi-mortalidad tan elevada que tienen estos pacientes. Es un paciente que desgraciadamente va de un especialista a otro y creo que AP tiene capacidad suficiente para hacer un enfoque de un tratamiento adecuado, pero siempre, insisto, con una buena interrelación con especialistas de cardiología y medicina interna.

¿Cree que actualmente el médico de AP aplica los criterios de calidad sin ser consciente de ello?

Nuestra sensación es que en estos momentos los médicos de AP le tienen "mucho respeto" a la ICC, ya que se trata de una enfermedad compleja que tiene una alta tasa de mortalidad, bastantes complicaciones... entonces, podríamos decir en principio que el médico de AP no es que tema, sino que respeta mucho esta enfermedad. Por ello, con el estudio CLASICC lo que pretendemos demostrar es que es posible en AP, con una formación adecuada, tratar de una manera correcta a estos pacientes.

"La buena interrelación entre AP y Atención Especializada es esencial para mejorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con IC y también para disminuir la morbi-mortalidad tan elevada que tienen"

Cada vez hay un mayor interés en AP por la IC, ¿a qué se debe?

Se debe fundamentalmente a que la prevalencia de la

enfermedad está aumentando notoriamente y ello es debido a que las enfermedades propias de la vejez, como son la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, conducen muchísimas veces de manera inevitable a la ICC, por lo que podríamos decir que el progresivo envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas hacen muy fácil la prevalencia de la enfermedad. Hay que recordar que en pacientes por encima de 70-80 años, la prevalencia alcanza casi el 10 por ciento.

¿Es el médico de AP consciente de la importancia de la prevención de la IC?

Estos talleres precisamente lo que pretenden hacer sensibilizar al médico de AP de la importancia que tiene la enfermedad en nuestro medio, sobre todo de la optimización del tratamiento. Al ser un síndrome clínico progresivo con sintomatología muy grave, el médico de AP tiene que estar formado para poder tratar adecuadamente a los pacientes. El taller tiene como objetivo sensibilizar y mejorar la capacidad diagnóstica al tratamiento del paciente con IC

¿Cómo incidiría este estudio en la práctica habitual del médico de AP?

El estudio CLASICC lo primero es que va a permitir al médico de AP adquirir una formación adecuada para que con los instrumentos a su alcance, que son fundamentalmente la exploración física y las exploraciones complementarias elementales, como pruebas de laboratorio, ECG y placa de tórax, pueda realizar un diagnóstico razonablemente certero de la enfermedad y tratarla adecuadamente en función de las guías de práctica clínica. El taller hace un repaso de todas las últimas evidencias en el diagnóstico y tratamiento de la IC, por tanto, después del taller el médico de



Luis Domingo

AP sale muchísimo más preparado para poder hacer el diagnóstico y seguimiento del paciente.

¿Qué repercusión puede tener una buena historia clínica en el tratamiento farmacológico del paciente?

Hacer una buena historia clínica es importantísimo.

El registro de la actividad en la historia clínica va a permitirnos evaluar a los pacientes antes y después del estudio CLASICC. El médico, antes del estudio CLASICC hace una recogida de los datos de la historia clínica y después del estudio CLASICC lo que vamos a ver es si realmente el médico recoge los datos tal y como recomiendan las guías de práctica clínica y, sobre todo si aplica los indicadores que recomiendan las sociedades científicas.

Por eso la recogida de datos va a ser trascendental. Uno de los mensajes importantes es la recogida de la información de manera adecuada para que podamos medir la calidad que realizamos. Por lo tanto es importante que el médico registre de

manera fehaciente los indicadores que luego se van a evaluar.

¿Qué destacaría del estudio?

El estudio CLASICC es el primer estudio piloto que se hace en España para medir la calidad asistencial prestada en AP a los pacientes de ICC.

Es un estudio eminentemente formativo, ya que después del taller va a permitir que los médicos nos evaluemos médicamente con indicadores de obligado cumplimiento, ya que el médico de AP va a tener que registrar por ejemplo cuál es el control adecuado de la tensión arterial, cuál es el tratamiento, si ajusta a las guías o no, si hacemos un seguimiento adecuado de la enfermedad en AP, si tratamos a los pacientes con arreglo a las últimas evidencias científicas...

En este sentido es un estudio muy novedoso y esperamos que la experiencia piloto sirva para hacer un estudio grande a nivel nacional donde podamos medir la calidad de la asistencia en un porcentaje nuevo de pacientes con insuficiencia cardiaca.

Resulta fundamental educar al paciente asmático

La doctora Teresa Carrillo, del Servicio de Alergia del Hospital Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, participó recientemente en una reunión de puesta al día en el tratamiento del asma, organizada por AstraZéneca. Bajo el lema "Asma Hoy: de la teoría a la práctica clínica", diversos especialistas intercambiaron sus puntos de vista sobre el tratamiento de esta enfermedad

en la que sigue existiendo una fuerte necesidad de educación del paciente, hasta el extremo de que Carrillo propugna la implantación de consultas con el objetivo de educar a los afectados por esta patología. Ofrecemos a continuación la entrevista que la doctora Carrillo ha mantenido con *azprensa.com* en torno a estas cuestiones.



Teresa Carrillo junto a diversos ponentes del simposio "Asma Hoy: de la teoría a la práctica", celebrado recientemente en El Escorial (Madrid).

(Viene de portada)

¿Qué nivel de adherencia al tratamiento tiene el paciente asmático?

En general se considera que la introducción de las combinaciones ha mejorado de forma notable la adherencia del asmático al tratamiento antiasmático al garantizar el uso regular del esteroide inhalado, incluso durante las exacerbaciones. La combinación budesónida + formoterol se caracteriza, además, por el efecto broncodilatador inmediato del beta agonista lo que proporciona un alivio inmediato al paciente.

¿Qué ha aportado Symbicort (budesónida + formoterol) en el tratamiento de estos pacientes

Symbicort es una combinación de dos fármacos (budesónida + formoterol) muy eficaces y seguros, de los que se tienen una dilatada experiencia en el tratamiento del asma bronquial. La administración conjunta muy posiblemente tenga un efecto sinérgico de las vías farmacológicas de ambos medicamentos. A diferencia de la otra combinación existente, Symbicort permite, utilizando

un único inhalador, ajustar la dosis de mantenimiento adecuada en el momento correcto. Igualmente puede prevenir las exacerbaciones aumentando la dosis al primer signo de empeoramiento.

Usted ha presentado los resultados del estudio INSPIRE ¿qué destacaría de este estudio?

Entre los resultados más significativos del estudio INSPIRE destacaría que una elevada proporción de asmáticos que identifican que su enfer-

medad varía en el tiempo, prefieren ajustar su tratamiento de manera precoz para evitar así las exacerbaciones.

Sin embargo, otros estudios como el CONCEPT, abogan por limitar la implicación del paciente asmático en su tratamiento así como el mantenimiento de cantidades fijas frente a dosis ajustables por el paciente. ¿Cuál es su opinión al respecto?

Obviamente no existe una estrategia universal aplicable a la totalidad de los asmáticos.

La elección de una pauta fija o ajustable de tratamiento es una decisión individualizada que se debe realizar una vez analizados todos los componentes del asma.

"Tengo la impresión de que muchos de los mensajes que se lanzan no llegan a la población general y que medidas sumamente sencillas no se realizan de manera eficaz y adecuada"

Cada vez hay más pacientes asmáticos y a edades más tempranas. ¿A qué se debe esta circunstancia? ¿Habría alguna forma de evitarlo?

No se sabe con exactitud cuál o cuáles son los motivos para este aumento en el número de casos de asma. Muy posiblemente se trata de la conjunción de múltiples factores tales como factores ambientales, cambios en hábitos de vida, dietéticos, etc. Recientemente se ha relacionado el mayor consumo de un analgésico (paracetamol) con el incremento de asma.

La prevención reduce la intensidad del asma e incluso retrasa la aparición de los síntomas. ¿Cree que la población en general dispone de la suficiente información para llevar a cabo medidas de prevención efectivas?

Por desgracia tengo la impresión de que muchos de los mensajes que se lanzan no llegan a la población general y que medidas sumamente sencillas no se realizan de manera eficaz y adecuada.

Al mismo tiempo, a pesar del reconocimiento unánime de la importancia de la educación en el paciente asmático, este aspecto sigue a mi juicio sin desarrollarse plenamente en un gran número de consultas en las que se atiende a asmáticos.

En su opinión, ¿qué inquietudes sobre su enfermedad tiene el paciente asmático y qué necesidades no tiene cubiertas en estos momentos?

Son muchos los pacientes que expresan su temor a padecer una exacerbación y, en este sentido, el estudio INSPIRE puso de manifiesto que en la mayoría de casos existe un intervalo de casi seis días entre la aparición de los primeros síntomas y la exacerbación. Esto proporciona una 'ventana de oportunidad' excelente para instaurar/incrementar precozmente el tratamiento a la vez que se impide el desarrollo de la exacerbación.

En lo que se refiere a las necesidades no cubiertas, tal y como expresé en la cuestión anterior, creo que es imprescindible la implantación de consultas que tengan por objetivo educar al paciente asmático.

El cambio a anastrozol aumenta la supervivencia en cáncer de mama

Nuevos datos presentados en el San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS), celebrado en San Antonio (Texas), demuestran que el tratamiento con Arimidex (anastrozol) proporciona a las mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama inicial hormono-dependiente, una mayor oportunidad de sobrevivir, en comparación al tratamiento continuado con tamoxifeno. Según los datos presentados en el congreso

de cáncer SABCS, sustituir tamoxifeno por anastrozol puede reducir significativamente la probabilidad de recurrencia de la enfermedad o de que se expanda a otras partes del organismo, lo que puede salvar la vida de muchas mujeres con cáncer de mama inicial. "Por primera vez, un inhibidor de la aromatasa presenta una ventaja de supervivencia sobre tamoxifeno en el cáncer de mama inicial", comentó el doctor

Walter Jonat, de la Universidad de Kiel (Alemania). Este investigador añadió que "las mujeres que han tomado tamoxifeno durante dos años deberían cambiar a anastrozol a la primera oportunidad para que tuvieran una mayor probabilidad de sobrevivir a su enfermedad".

Por su parte, el profesor Jeffrey Tobias, del Hospital Universitario de Londres (Reino Unido), señaló que "el estudio ATAC confirma que

iniciar el tratamiento con anastrozol lo antes posible tras la cirugía, y administrarlo durante el periodo total de cinco años, es más eficaz que tamoxifeno para prevenir la recurrencia de la enfermedad. Estos nuevos datos son una importante noticia, ya que las mujeres que actualmente toman tamoxifeno aún pueden obtener beneficios significativos cambiando el tratamiento a anastrozol al cabo de dos años".

Café de Redacción sobre la Situación de la Investigación Clínica en España

Los ensayos clínicos españoles sólo aprueban en metodología

¿Goza la investigación clínica española de buena salud? Destacados expertos expusieron sus puntos de vista al respecto en un café de redacción sobre la investigación clínica en España.

Un encuentro organizado conjuntamente por Contenidos y el diario digital de información sanitaria *azprensa.com* que contó con la presencia de Emilio Vargas (Aemps), Antonio Gil Aguado y Juan García Puig (Hospital La Paz), Pedro Mata (Fundación Hipercolesterolemia Familiar) y Ramón Estiarte (AstraZéneca).

do y Juan García Puig (Hospital La Paz), Pedro Mata (Fundación Hipercolesterolemia Familiar) y Ramón Estiarte (AstraZéneca).

Contenidos



Un momento del Café de Redacción sobre la situación de la investigación clínica en España.

(Viene de portada)

Un año y medio después de la aplicación del Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos de uso humano en España, los investigadores echan la vista atrás y analizan la situación que ha vivido la investigación clínica en este país desde aquel momento. La cuestión es: ¿ha respondido esta directiva a las expectativas que había generado?

Para Antonio Gil Aguado, presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital La Paz de Madrid; Juan García Puig, director de la Unidad de Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna del mismo centro; y Pedro Mata, jefe clínico de Medicina Interna de la Unidad de Lípidos de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, la respuesta es un rotundo "no". Y no sólo eso, sino que los tres coincidieron en que su implantación ha derivado en una "ralentización

de los procesos" y en "mayores dificultades para los investigadores independientes" a la hora de llevar a cabo sus proyectos. Así lo manifestaron en el Café de Redacción —organizado por el diario digital de información sanitaria *azprensa.com* en colaboración con Contenidos, editor de *Gaceta Médica*— sobre la investigación clínica en España.

Por su parte, Emilio Vargas, subdirector general de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española del Medi-

camento, si bien reconoció que existe un cierto "estancamiento" en el número de ensayos clínicos (EC) y lentitud en cuanto a tiempos, aseguró que "la industria farmacéutica sigue confiando en España como un país en el que se hace investigación clínica de calidad".

¿Buena salud?

Para valorar la 'salud' de la que gozan los ensayos clínicos en España, García Puig considera que hay que basarse en tres parámetros: salud física, psíquica y social. La primera correspondería a la metodología; la segunda, a quien hace el ensayo y a la capacidad de hacer investigación, y por último, la social tiene que ver con el aprovechamiento de esa actividad. Según este experto, en cuanto a metodología, "España tiene un nivel de calidad semejante a otros países de su entorno", sin embargo, considera que el número de investigadores y de centros es "claramente insuficiente" y, aunque la mayoría de los fármacos están dirigidos a Atención Primaria (AP), la investigación en este nivel asistencial es "muy escasa". En cuanto a la salud social, asegura que "es un área manifiestamente

mejorable" ya que hace apenas tres años que se implantaron las fundaciones en los hospitales públicos para mejorar la gestión de la investigación. En conclusión, si atendemos a esta estructura, los ensayos clínicos españoles sólo aprueban en metodología.

El punto de vista de las compañías farmacéuticas lo aportó Ramón Estiarte, director médico de AstraZéneca, cuya opinión coincidió plenamente con la de los investigadores. "La demora en los plazos nos hace menos competitivos ya que, como consecuencia de las incidencias, es necesario invertir más tiempo y recursos", apuntó. A su juicio, haber pasado de un plazo de 60 días a 140 días hace "insostenible" la situación desde el punto de vista de competitividad dentro del espacio único europeo.

"Estamos en una media anual de 600 EC, mientras que la de Alemania asciende a 1.300 y la de Reino Unido a 1.000", subrayó Estiarte, aunque, en su opinión, "España, por la capacidad desde el punto de vista profesional, población y medios de los que dispone, debería estar más arriba".

Tal y como señalaron los participantes en el debate, la



Emilio Vargas

"Aunque es cierto que existe un estancamiento en el número de ensayos, la industria sigue confiando en España como un país en el que se hace investigación clínica de calidad"



Antonio Gil Aguado

"Es necesario que los profesionales que desean hacer investigación independiente y a título individual, por ejemplo trabajando en enfermedades huérfanas, reciban un mayor apoyo"



Pedro Mata

"Existe una disociación clara entre investigación básica y aplicada. Aunque tenemos centros de excelencia en investigación básica, el paso a la investigación aplicada no se está aprovechando"



Juan García Puig

"Los ensayos clínicos españoles sólo aprueban en metodología, en este punto se asemejan a otros países. Los restantes aspectos de la investigación son manifiestamente mejores"



Ramón Estiarte

"La demora en los plazos —en concreto haber pasado de 40 a 160 días— nos hace menos competitivos, ya que, como consecuencia de las incidencias, es necesario invertir más tiempo y recursos"

Café de Redacción sobre la situación de la Investigación Clínica en España

mayoría de los EC dependen de la industria farmacéutica (70-89 por ciento) y el resto son promovidos por las sociedades científicas y grupos de trabajo. "Los ensayos promovidos por la industria no son una estrategia promocional sino que aportan conocimiento y son imprescindibles para el avance del conocimiento científico", apuntó Vargas.

En este sentido, Gil Aguado destacó la falta de apoyo a los profesionales que a título individual desean hacer investigación independiente. "Hay investigadores que quieren trabajar en enfermedades huérfanas, pero esto no resulta interesante y generalmente acaba en fracaso", afirmó. Según Estiarte, uno de cada cinco euros que se destinan a I+D proviene del sector farmacéutico, "lo que genera riqueza en el país", aunque puntualizó que "dichos ingresos deben revertir en recursos, infraestructuras y oportunidades para los investigadores independientes y académicos".

Otro de los hechos en los que incidieron los asistentes al Café de Redacción fue en la sobrecarga asistencial a la que se ven sometidos los investigadores, que hace difícil com-

binar ambas tareas, en la escasez de EC que valoren la eficacia y seguridad de fármacos en edades pediátricas y de estudios específicos para el anciano, aunque recalcaron que éstos, "en los últimos años, han aumentado". Además, insistieron en que la mayoría de los EC están enfocados al campo del riesgo vascular, mientras que áreas como la Neurología, que son prioritarias, no están muy representadas.

Por otra parte, Mata incidió en que existe una "disociación clara" entre investigación básica y aplicada. "Tenemos centros de excelencia en investigación básica; sin embargo, el paso a la investigación translacional no se está aprovechando", matizó este experto para quien resulta necesario que la investigación repercuta en los sistemas sanitarios.

Papel de los comités

En todo ello, la red nacional de Comités Éticos de Investigación Clínica desempeña un papel fundamental y, por ende, el Centro Coordinador de la misma. Este centro se creó para facilitar que los comités acreditados por las

Medidas para la optimización de los CEIC

1. Mejorar la formación de los miembros de los CEIC
 - Metodología
 - Ética
 - Normativas legales
2. Mayor uniformidad en los PNT (requerimiento de documentación, convocatorias, resoluciones, plazos, etc.)
3. Apoyo a los CEIC para realizar su labor
 - Incentivación de los CEIC
 - Soporte técnico y administrativo (Secretaría Técnica con dotación adecuada de medios y de personal técnico y administrativo)
4. Facilitar la conformidad de la Dirección y regularizar el contrato-gerencia, con elaboración de un modelo único común para todos los hospitales, a tres partes (promotor, investigador y gerencia), de negociación paralela a la evaluación.

Centro Coordinador

FUENTE: Antonio Gil Aguado (Hospital Universitario La Paz)

comunidades autónomas puedan compartir estándares de calidad y criterios de evaluación homogéneos y favorecer la agilidad en el proceso de obtención del dictamen único.

Al respecto, Vargas recaló que "el centro coordinador es un hecho y desde hace dos meses está dotado de medios, profesionales, recursos económicos y un plan de trabajo", por lo que, según este exper-

to, "en los próximos meses se va a notar la mejora". Por su parte, Gil Aguado alegó que los comités "han trabajado duramente", aunque apuntó que se han analizado los resultados al año y medio de actuación con el dictamen único y se ha visto que los objetivos "no se han cubierto" y que, incluso, se ha cuestionado el protagonismo del comité de referencia. Pero si hay un

tema en el que coincidieron todos los participantes en esta reunión es en que es fundamental una "mayor concienciación de la necesidad de investigación" para evitar que los ensayos clínicos se trasladen a otros países con plazos de evaluación más cortos y costes menores. Y es que, para estos expertos, no cabe duda: "Invertir en investigación es invertir en futuro".

Nuevos compuestos para tratar el déficit cognitivo en el Alzheimer y la esquizofrenia

La compañía farmacéutica AstraZéneca ha firmado un acuerdo de licencia global exclusiva y de colaboración en investigación con la compañía estadounidense Targacept, especializada en enfermedades del sistema nervioso, para el desarrollo y comercialización de su compuesto en fase II TC-1734, para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, los déficits cognitivos en esquizofrenia y otras alteraciones cognitivas.

Asimismo, el convenio de colaboración en investigación durante cuatro años también permite el desarrollo de otros compuestos que actúan en los receptores nicotínicos neuronales.

Términos

Según los términos de este convenio, AstraZéneca obtendrá los derechos globales para el desarrollo y comercialización de TC-

1734 y cualquier otro compuesto que pueda surgir de esta colaboración de investigación, que tiene como fin desarrollar medicamentos para el tratamiento del deterioro cognitivo, un área de una gran necesidad médica no cubierta. Comenzará con un pago inicial de 10 millones de dólares, tras lo cual se iniciarán la colaboración de investigación y los estudios adicionales de seguridad.

Ampliación

La finalización con éxito de estos estudios y la decisión de AstraZéneca de iniciar nuevos estudios clínicos en fase II con TC-1734 será lo que determine un nuevo pago de 20 millones de dólares a Targacept, además de otro pago de alrededor de 26 millones de dólares como apoyo a la investigación para un periodo de cuatro años.

Bob Holland, vicepresidente

del departamento de Neurociencias de AstraZéneca ha dejado bien claro que esta compañía farmacéutica "está comprometida en el desarrollo de tratamientos innovadores en áreas de necesidades sin cubrir en la enfermedad de Alzheimer, la esquizofrenia y otras alteraciones cognitivas". Por esta razón, en opinión del vicepresidente del departamento de Neurociencias, "los fármacos que actúan sobre los receptores nicotínicos neuronales tienen un gran interés".

La enfermedad de Alzheimer representa un campo de una enorme necesidad médica en todo el mundo, tanto para los propios pacientes como para las personas que se encargan de atenderles. Por tanto, esta patología supone una importante carga económica para la sociedad.

Acuerdo de licencia para un nuevo fármaco contra la aterosclerosis

AstraZéneca ha llegado a un acuerdo de licencia con AtheroGenics para el desarrollo global y comercialización de su fármaco candidato antiinflamatorio cardiovascular, AGI 1067. Este fármaco es un producto de investigación oral para el tratamiento de la aterosclerosis, enfermedad que es la causa de ataques cardíacos e ictus, y actualmente se encuentra en fase III de desarrollo en el estudio ARISE (Aggressive Reduction of Inflammation Stops Events).

Según el acuerdo alcanzado, AtheroGenics recibirá un pago de 50 millones de dólares y, si alcanza los objetivos específicos, incluidos un resultado exitoso del estudio ARISE, AtheroGenics podría llegar a recibir 300 millones de dólares.

Este acuerdo es favorable para las dos compañías, para AstraZéneca

porque así obtiene acceso exclusivo a un fármaco con un importante potencial; y para AtheroGenics porque se beneficiaría de forma importante con el éxito del producto.

AtheroGenics se centra en el descubrimiento, desarrollo y comercialización de nuevos fármacos para el tratamiento de enfermedades inflamatorias crónicas, incluidas enfermedades cardiovasculares (aterosclerosis), artritis reumatoide y asma. Actualmente tiene dos importantes programas en desarrollo clínico. AGI-1067, que está en fase III de desarrollo en el programa clínico ARISE, como tratamiento oral para la aterosclerosis y AGI-1096, un nuevo agente oral en fase I, para la prevención del rechazo de trasplante de órganos, desarrollado conjuntamente con Astellas.

Vejez no es sinónimo de inactividad

Azprensa.com ha entrevistado al doctor José Fornes Ruiz, presidente del Consejo Valenciano de Personas Mayores, de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores (Fapropem) y vocal de la Junta Directiva de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma).

Llegar a cierta edad no es sinónimo de inactividad, y el doctor Fornes es la prueba de ello. Además de su trabajo en diferentes asociaciones de mayores, Fapropem y Ceoma, recientemente ha sido elegido presidente del Consejo Valenciano de Personas Mayores. Su lucha ha estado siempre dirigida a la prevención

para el cuidado de la salud, por lo que participa en todas aquellas iniciativas relacionadas con ella. Así, fue uno de los ponentes en las jornadas que la Fundación AstraZéneca, junto con Ceoma, organizó sobre "Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en las Personas Mayores".

¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrentan los mayores en nuestro país?

Los principales problemas son los que giran alrededor de la salud, que es la estrella de todos. Todas las encuestas confirman que éste es el más importante; mucho más que las pensiones aun siendo éstas, como son, muy importantes. La pérdida de la salud es nuestra máxima preocupación y hay que romper con el estereotipo de que la enfermedad va ligada con el envejecimiento. Vivir y envejecer son una misma cosa. Todo el mundo envejece, pero no todos están enfermos.

Otro problema importante es la discriminación de los mayores en todos los campos: laboral, político, sanitario, institucional, en los medios de comunicación, etc., tema que ha sido abordado en el último Congreso de Ceoma, celebrado en Madrid en octubre de este mismo año. Por último, hay que destacar la falta de cobertura ante la grave situación de la dependencia, que es lo que más tememos.

Como miembro de distintas organizaciones de mayores, ¿cuáles diría que son las principales reivindicaciones de estos colectivos?

La demanda de una Ley Estatal de Protección Social a las personas con dependencia o, como se va a llamar ahora, Ley de Autonomía Personal.

También el aumento de servicios socio sanitarios. Aunque sobre este tema se está haciendo mucho en algunas autonomías como la Comunidad Valenciana, todavía es insuficiente para cubrir las necesidades existentes en la actualidad. De igual modo, pedimos pensiones justas y



La vejez es una nueva etapa de un mismo proceso vital al que hay que llegar en condiciones físicas y mentales para disfrutar de ella.

adecuadas para todos, equiparándolas a las de Europa, y actualización de las mismas, ya que los mayores están perdiendo, año tras año, su poder adquisitivo.

Además, contar con Servicios de Geriatria con especialistas en esta materia, redundaría en beneficio. Y las Unidades de Cuidados Paliativos podrían ofrecer calidad de vida en la fase terminal de la enfermedad.

“Queremos que el aumento de la longevidad se acompañe de una buena calidad de vida y que las enfermedades se retrasen. Todo ello no se puede conseguir más que con una buena prevención”

¿Cree que el sistema sanitario ofrece suficientes recursos a los ancianos? ¿En qué podría mejorar?

Sí. Siempre he defendido desde el Colegio de Médicos de Valencia y desde el Consejo General de Médicos de España, que tuve el honor de presidir, que tenemos una excelente sanidad con unos profesionales altamente cualificados por el sistema MIR de formación y con una tecnología punta comparable con cualquier país de Europa y con recursos suficientes. Los ancianos también disfrutamos de ellos en cuanto a su aplicación, pero todo es siempre mejorable. Por las particularidades que tienen los ancianos, una de las mejoras más importantes sería la creación de Unidades de Geriatria con sus especialistas.

Uno de los aspectos que siempre ha defendido es la prevención como mejor manera de cuidar la salud. ¿Qué consejos deben recibir las personas mayores para tener una mejor calidad de vida?

Si, es cierto, soy un acérrimo defensor de la prevención. Es un hecho evidente que la esperanza de vida ha aumentado como no podíamos imaginar y es evidente también que las previsiones demográficas, tanto a nivel mundial como nacional, auguran un envejecimiento progresivo de la población con un crecimiento más intenso en los mayores de 80 años.

A pesar de esto, los expertos no están de acuerdo en si este incremento de la expectativa de vida es a costa de tiempo de vida activa y saludable, o bien de un aumento

del tiempo, en el que aparecen y se padecen enfermedades crónicas que generan incapacidad y dependencia.

Nosotros lo que queremos es que ese aumento de la longevidad se acompañe de una buena calidad de vida y que las enfermedades se retrasen. Todo ello no se puede conseguir más que con una buena prevención, como está ya demostrado.

Los consejos son sencillos, pero de eficacia comprobada: revisiones médicas periódicas para prevenir la enfermedad, una dieta equilibrada y ejercicio físico y mental para estimular las neuronas.

¿Hay medidas específicas preventivas de enfermedad cardiovascular en las personas mayores diferentes a las de los jóvenes?

No. Los factores de riesgo que nos van a producir una lesión en las arterias del corazón, es decir, en las coronarias, son idénticos en todas las edades y las medidas preventivas consisten en evitar algunos como la obesidad, el colesterol, la hipertensión, la diabetes, el estrés o el tabaco.

¿En qué medida iniciativas como el Ciclo de Prevención y Salud organizado por la Fundación AstraZéneca, pueden mejorar la situación de las personas mayores? ¿Y la formación de los cuidadores?

Es bien conocido por todos que la esperanza de vida ha aumentado mucho desde finales del siglo pasado y siendo esto tan importante, lo esencial para nosotros, los mayores, no es el cumplir muchos años, sino que ese periodo de tiempo añadido transcurra sin enfermedades. Esto no lo podemos conseguir si no es aprendiendo a prevenir la enfermedad a través de ciclos como los que viene realizando la Fundación AstraZéneca de Prevención y Salud, por lo que esta labor, que es muy elogiable, debe continuar.

En cuanto a la formación de cuidadores, debo decir lo siguiente: la persona mayor quiere vivir en su casa, ser cuidado en ella y morir en ella junto a su familia.

Por ello es necesario que

La información al día en:

www.azprensa.com

- Noticias
- Entrevistas
- Convocatorias

- Dossieres
- Rankings

azprensa.com



existan unos buenos servicios socio-sanitarios para que los mayores tengan a su lado un buen cuidador. Desde hace tres años, en colaboración con la Consejería de Bienestar Social de Valencia, venimos impartiendo unos Cursos de Formación de Cuidadores de Personas Mayores Dependientes con el único objetivo de transmitirles unos conocimientos básicos que, sin duda, redundarán en una mejor calidad de vida para las personas a las que cuidan.

Recientemente, ha sido elegido presidente del Consejo Valenciano de Personas Mayores. ¿Cuáles serán sus funciones y prioridades?

El Consejo Valenciano de Personas Mayores, que ha sido creado por ley en las Cortes Valencianas con el consenso de todos los partidos políticos con representación parlamentaria, es un órgano colegiado, consultivo y asesor. Tiene importantes funciones como asesorar e informar sobre las consultas que le sean formuladas, así como

proyectos normativos relacionados con las personas mayores. Puede proponer e impulsar estudios e investigaciones relacionados con el envejecimiento y bienestar social, pero debo resaltar dos funciones que considero muy importantes.

La primera es que este Consejo Valenciano de Personas Mayores va a ser el instrumento que nos permitirá participar en todas las políticas sociales que nos afecten, es decir, dar nuestra opinión sobre todo ello. La segunda es que va a ser el cauce para que todos nuestros problemas, demandas e inquietudes lleguen a la autoridad competente y con capacidad resolutiva.

¿Cuál será su mayor reto en su nuevo rol de presidente?

Retos hay muchos, pero si tengo que destacar alguno, me quedaría con los siguientes.

Por un lado, dar a conocer el Consejo Valenciano de Personas Mayores a todas las Personas Mayores y a los ciudadanos en general, para que

sepan lo que el Gobierno Valenciano ha puesto en nuestras manos y cuáles son nuestras funciones. También, la participación. Queremos que todas las personas mayores participen, a través de sus asociaciones, que conozcan lo que se está hablando en el Consejo y den su opinión.

Queremos también que nos hagan llegar sus problemas y sus demandas.

“El Consejo Valenciano de Personas Mayores va a ser el instrumento que nos permitirá participar en todas las políticas sociales que nos afecten, es decir, dar nuestra opinión sobre todo ello y va a ser el cauce para que todos nuestros problemas, demandas e inquietudes lleguen a la autoridad competente y con capacidad resolutiva”

Otro sería potenciar las políticas sociales de ayuda a domicilio. Ante el problema de la dependencia, que es una de las grandes preocupaciones en el momento actual, queremos potenciar las políticas sociales de ayuda a domicilio, porque nosotros, los mayores, queremos estar en nuestras casas ser atendidos en ellas y morir en ellas junto a la familia.

Además, está mejorar la calidad de vida de todas las personas mayores en todas sus etapas, incluida la terminal y mejorar la imagen de los mayores. Porque los jóvenes tienen una percepción muy negativa y hay que decirles que el envejecimiento es una nueva etapa de un mismo proceso vital al que hay que llegar en condiciones físicas y mentales para disfrutar de ella.

Premios PR Salud

En un acto organizado en la sede de la Asociación de la Prensa, en Madrid, el diario digital del mundo de la comunicación *PR Noticias* hizo entrega de los Premios PR Salud, destinados a reconocer la labor de los profesionales en el campo de la comunicación de salud.

Conducido por la presentadora de televisión Marta Robles, los galardonados de esta edición fueron los siguientes:

- Emilio Moraleda, Premio Llave de la Comunicación.
 - Julián Zabala (Farmaindustria), Premio Mejor Director de Comunicación.
 - Vicente Fisac (AstraZéneca), Premio Personaje 2005.
 - Bayer, Premio Laboratorio más Transparente.
 - Berbés y Asociados, Premio Mejor Consultoría.
 - Novartis, Premio Mejor Proyecto de Responsabilidad Corporativa.
 - Sanitas, Premio Mejor Campaña de Lanzamiento Publicitario.
 - *A tu Salud*, Premio Medio Escrito Mejor Informado.
 - ANIS, Premio Asociación destacada del sector.
 - Viagra, Premio Marca más Reconocida.
- Como dato significativo, señalar que cuatro de los siete integrantes del comité de dirección de la recientemente creada Asociación de Comunicadores de la Industria Farmacéutica (ACOIF), Juan Blanco, Julián Zabala, Vicente Fisac y Fernando Mugarza, estuvieron entre los ganadores.



PRnoticias



PRnoticias

AstraZéneca compra la biotecnológica KuDOS

AstraZéneca ha anunciado la compra de KuDOS Pharmaceuticals (compañía británica de biotecnología, centrada en el descubrimiento de tratamientos oncológicos basados en la inhibición de la reparación del ADN), con lo que viene a potenciar su capacidad de generar tratamientos anticancerosos novedosos.

El capital social total de la compañía se adquirirá por 210 millones de dólares en efectivo. La plataforma de reparación del ADN desarro-

llada por KuDOS Pharmaceuticals, en asociación con su fundador el profesor Stephen Jackson, de la Universidad de Cambridge, incluye varios planteamientos diferentes de aproximación a la inhibición de las enzimas implicadas en las respuestas a diversos tipos de daño del ADN.

Los inhibidores de reparación del ADN tienen el potencial de destruir las células del cáncer bien como tratamiento autónomo o bien mejorando la eficacia de la

quimioterapia y la radioterapia. La adquisición de KuDOS Pharmaceuticals amplía la cartera de AstraZéneca con compuestos y programas clínicos y preclínicos. Actualmente ya hay un compuesto innovador y dirigido, el KU 59436, un inhibidor oral de la enzima poli-ADP-ribosa polimerasa (PARP) que se encuentra en la fase I de su desarrollo clínico. La PARP es una enzima de señalización clave implicada en el desencadenamiento de la reparación del daño del ADN de

cadena simple o monocatenario. La inhibición de la PARP destruye selectivamente las células tumorales que carecen de la ruta de recombinación homóloga (RH) de reparación del ADN sin afectar a las células normales.

Los defectos conocidos de la reparación RH incluyen las mutaciones hereditarias bien caracterizadas BRCA1 y BRCA2 del cáncer de mama y de ovarios para las cuales hay pruebas diagnósticas disponibles. Esta combinación terapéutica/diagnóstica

ofrece el apasionante potencial de que el KU 59436 puede desarrollarse como nueva monoterapia antineoplásica dirigida para beneficio de una población de pacientes definible.

Los planes inmediatos de AstraZéneca son que KuDOS Pharmaceuticals se convierta en el centro de las actividades de descubrimiento de reparación del ADN dependiente del Área de Investigación del Cáncer e Infecciones (CIRA) Internacional con continuidad en sus centros actuales.

La Responsabilidad Social Empresarial entra en escena

Este mes se presentará en Madrid la memoria de Responsabilidad Social (RS) de AstraZéneca, que se sitúa así como la primera compañía farmacéutica que presenta una memoria de RS de

ámbito español. En el próximo número de *Información al Día* hablaremos ampliamente de esta presentación; mientras tanto, hemos entrevistado al director de Relaciones Institucionales de

AstraZéneca, Manuel Martín, para que nos hable de la RS y de lo que representa para las grandes compañías comprometidas no sólo con su negocio, sino también con la sociedad.

Luis Domingo



¿Cómo cree que ha acogido el sector de la industria farmacéutica la implantación de políticas de RSE?

Las compañías farmacéuticas están comprometidas con la implantación de políticas de responsabilidad social corporativa; en un sector como el nuestro, injustamente muy castigado por una imagen mala frente a la sociedad, estas políticas serán de vital importancia para que nuestro compromiso social sea percibido de forma positiva por la sociedad.

¿Cómo podría definir la Responsabilidad Social Empresarial?

Yo lo entiendo como la forma en que las empresas hacen negocio, teniendo en cuenta a todos los grupos de interés con los que se relaciona como son los empleados, los clientes, los colaboradores externos y la sociedad en general, por lo que en AstraZéneca entendemos la RSE como un principio básico de la cultura y

gestión de nuestra empresa.

Supone dirigir todas nuestras decisiones, acciones y comportamientos de una manera competitiva pero también responsable y sostenida. Esto supone un esfuerzo, pero también una garantía de éxito tanto para AstraZéneca como para nuestros grupos de interés.

¿Considera que ha cambiado en los últimos años la percepción de la imagen en torno a la industria farmacéutica? ¿Y la forma de comunicar del sector en los últimos años, ha sufrido también transformaciones?

Creo que la percepción, por parte de la sociedad, de la imagen de la industria farmacéutica, en líneas generales es mala y en los últimos años ha cambiado, pero desde la industria deberíamos hacer un esfuerzo en dar a conocer el valor que ha tenido el medicamento y lo que ha aportado a la sociedad en las últimas décadas; hay que hacerles ver que esto ha sido, entre otros, uno de los factores fundamentales en la longevidad que ahora esta-

mos viviendo y que nuestra industria continúa invirtiendo grandes cantidades de dinero en seguir desarrollando nuevas fármacos que solucionan o mejoran la calidad de vida de muchos pacientes en diferentes patologías.

Actualmente la comunicación ha pasado a formar parte de la política de transparencia de los principales laboratorios farmacéuticos, que cuentan con departamentos propios de comunicación y con el apoyo externo de gabinetes de comunicación especializados para la doble labor de atender los requerimientos de información por parte de la sociedad y para transmitir a esta, de forma proactiva, todo lo relativo a su actividad.

Prueba de ello es que existen numerosas publicaciones profesionales y cada día se generan en nuestro país más de 80 noticias diarias relativas a este sector, aun cuando sigue siendo muy escasa la superficie dedicada a las mismas por los medios generales. Nos encontramos además con el hecho paradójico de que, mientras que la sociedad reclama información sobre salud y medicamentos, los medios generales son reacios a recoger las noticias positivas y suelen omitir el nombre de los laboratorios y medicamentos de los que dan alguna información, mientras que no tienen reparo en citar la empresa y los productos cuando informan de cualquier otro sector.

¿Cuáles han sido las responsabilidades más destacadas, en materia de RSE, a las que se ha comprometido AstraZéneca (protección medioambiental, políticas de mejora del bienestar de los empleados, etc.)?

Apostamos por la transparencia y el diálogo con la sociedad. Hacemos una apuesta decidida por la innovación, un proceso que permite avanzar en nuestra responsabilidad de producir nuevos y mejores fármacos. Las grandes innovaciones suponen normalmente un gran avance en los tratamientos para los pacientes y en este sentido AstraZéneca ha contribuido activamente con descubrimientos importantes que han dado lugar a la

creación de nuevos grupos terapéuticos.

Para nosotros la innovación incremental es también una responsabilidad, ya que a partir de que un producto incorpora un nuevo principio activo, se originan amplias mejoras en su calidad y fiabilidad que, junto con otros beneficios adicionales, incrementan de esta manera la utilidad terapéutica del medicamento original.

Nuestra estrategia se desarrolla en los siguientes ámbitos:

- Entorno de trabajo: consideración y gestión de las expectativas y necesidades de nuestros empleados.

- Entorno de mercado: conocimiento y respuesta a las necesidades de nuestros clientes, médicos, farmacéuticos, consumidores y pacientes.

- Entorno medioambiental: respeto al medio en el que operamos y prevención y minimización de los impactos.

- Entorno social: contribución al desarrollo de las comunidades en las que operamos.

- Gobierno corporativo: gestión del buen gobierno, el diálogo y la transparencia empresarial.

“En AstraZéneca la RSE depende directamente de la dirección general y todos los empleados están implicados. Es una cultura empresarial, de los valores que la inspiran y de los fines que persigue”

¿Y qué acciones se han llevado a cabo hasta ahora para impulsar la RSE en su compañía?

En AstraZéneca creemos que el diálogo con los distintos grupos de interés es crucial para entender sus expectativas, poder darles respuesta y ganarnos su confianza.

Estamos desarrollando una intensa actividad para promover la comunicación y el diálogo constructivo y continuo con todos ellos. Así, con los empleados se han establecido

diversos canales de comunicación para permitir un diálogo cercano y una participación abierta de los trabajadores. Hacemos una revista de difusión externa e interna, celebración de reuniones anuales departamentales, existencia de un buzón de sugerencias.

Con los clientes se han establecido canales de comunicación que permiten entender y anticiparse a sus necesidades y demandas. Con los colaboradores externos tratamos de optimizar las relaciones para obtener un beneficio mutuo y mejorar nuestra capacidad de respuesta. Y con la sociedad, en la identificación de las expectativas y necesidades de los pacientes y sus organizaciones.

¿Cuáles son los próximos retos de la compañía en esta área, tanto a nivel nacional como internacional?

Estamos trabajando con los indicadores GRI y otros específicos utilizados por las empresas del sector, para un adecuado seguimiento de nuestra política de RSE, en relación con todos los grupos de interés.

¿De quién depende la RSE dentro de la compañía (dirección general, recursos humanos, la Fundación AstraZéneca...)? ¿Cómo se gestiona?

En AstraZéneca la RSE depende directamente de la dirección general y todos los empleados están implicados. Es una cultura empresarial, de los valores que la inspiran y de los fines que persigue.

¿Qué tratamiento informativo realizan de sus programas de acción social?

Las empresas ya no informan sólo de sus resultados económicos, sino que además informan de sus iniciativas sociales, de buen gobierno corporativo o medioambientales, entre otros. Nosotros en breve presentaremos nuestra primera Memoria de RSE, donde reflejaremos datos de algunos de los indicadores en relación con nuestros grupos de interés. En nuestra empresa queremos demostrar que

hacemos negocio de una forma sostenible a largo plazo.

“En AstraZéneca creemos que el diálogo con los distintos grupos de interés es crucial para entender sus expectativas, poder darles respuesta y ganarnos su confianza”

¿Supone la implantación de este tipo de políticas una ventaja competitiva frente a otras compañías que no lo han hecho aún?

Pienso que hoy por hoy no hay una ventaja competitiva con la implantación de este tipo de políticas, frente a otras compañías que no las tengan, pero no hay duda de que cuanto esto sea conocido y comprendido por la sociedad general sí llegará a ser muy importante a la hora de decidir trabajar, comprar o colaborar con una u otra compañía.

¿Qué significa para las organizaciones y para la sociedad?

La responsabilidad social de la empresa es un acto voluntario y claramente tiene que contar con el apoyo de los empleados. Para la empresa, si esta práctica se hace de una forma seria, traerá con toda seguridad ventajas competitivas, lo que las empresas hoy en día buscamos es la diferenciación y esto puede ser un elemento diferenciador.

Las grandes empresas del sector farmacéutico y otras han incorporado las políticas de Responsabilidad Social y el debate está en estos momentos en quién y cómo se certifica que las compañías siguen dichas políticas.

La sociedad será la gran beneficiada, además de la filantropía y el mecenazgo, las compañías serán sostenibles manteniendo y creando empleo, habrá un especial cuidado del medio ambiente y, en conclusión, las empresas devolverán parte de sus ganancias a la sociedad.

Operación de respuesta frente a desastres, en el Pacífico Asiático

AstraZéneca ha entregado más de 380.000 libras esterlinas para una operación de respuesta a desastres creada en Kuala Lumpur por la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Este anuncio sigue a un año inusual de desastres a los que la Cruz Roja ha respondido, incluidos el tsunami en Asia, el huracán Katrina y el terremoto de Pakistán.

Con la donación de AstraZéneca, 160 toneladas de artículos de ayuda para emergencias vitales, que forman un componente crítico de la logística de las operaciones de la Cruz Roja, están en proceso de adquisición para ayudar a las víctimas de futuros desastres en la región del Pacífico Asiático. Los artículos de ayuda incluyen mantas, lonas, sets higiénicos y contenedores de agua que estarán listos y preparados para ser enviados desde centros regionales de respuesta a emergencias en caso de un posible desastre, como el del tsunami del pasado 2004.

A través de esta operación se estará en condiciones de manejar situacio-

nes de ayuda de emergencia con capacidad para 12.000 personas y se podrá alcanzar a ayudar hasta 100.000 personas con elementos especializados como las tiendas de depósitos y los vehículos 4x4 que forman una parte esencial del suministro de ayuda de emergencia de la Cruz Roja durante una catástrofe.

La región del Pacífico Asiático comprende 30 países, incluidos China, Bangladesh e Indonesia, y es una de las zonas con más posibilidad de desastres naturales del mundo, ocurriendo allí el 60 por ciento de los mismos.

El creciente número de desastres naturales y causados por el hombre, ha resaltado la necesidad de una respuesta rápida y efectiva a las catástrofes y ha llevado a la Cruz Roja a desarrollar y centro de respuesta a emergencias en Kuala Lumpur, lo que significa que ahora puede proporcionar un mayor alcance geográfico, desarrollar su logística y redes de suministro en áreas clave, y por lo tanto refuerza su capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.

Reflexiones sobre la discapacidad en España

Luis Cayo Pérez Bueno ha querido compartir algunas reflexiones sobre la discapacidad con 'azprensa.com'



Luis Domingo

Según ha señalado Luis Cayo, “el Libro Verde fue el primer gran esfuerzo del sector privado para proponer un debate social y político sobre la dependencia”

Desde la dirección ejecutiva del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi), Luis Cayo Pérez trabaja desde hace años en favor de la integración de las personas con discapacidad. Cermi, como agrupación que representa a los tres millones y medio de discapacitados españoles, tiene como objetivo principal la mejora en todos los ámbitos de su vida.

La Fundación AstraZéneca ha contado con su estrecha colaboración en una de las más importantes iniciativas de esta institución, el *Libro Verde de la Dependencia*. También ha participado en seminarios como el celebrado el pasado mes de junio en el marco de los cursos de verano de El Escorial titulado “Un nuevo horizonte para las personas dependientes: la domótica y las tecnologías de la información y de la comunicación”.

¿Cuál cree que debe ser el papel de las organizaciones de representantes de discapacitados?

Tienen una importancia capital para que los avances sean reales y efectivos. Las organizaciones de personas con discapacidad son el motor de cualquier acción que se lleva a cabo en la esfera de la discapacidad. Si rasamos un poco, detrás de cualquier medida política o progreso experimentado, encontramos una demanda, una petición, una gestión o una actitud de presión de una de estas organizaciones. Cuanto más asociacionismo, cuanto más movimiento social, más políticas y más avances.

En España existen en la actualidad tres millones y medio de discapacitados. ¿Cuáles son los principales obstáculos con los que se encuentran?

En buena medida, estas personas arrastran su condición histórica de ciudadanos de segunda, individuos que no tienen un pleno poder sobre su existencia, que no llevan la vida que quieren y que desean. Se ven sometidos a tantas exclusiones, a

estados estructurales de discriminación, a condicionamientos no queridos que están más allá de su decisión y alcance, que en muchos casos son personas que no disfrutaban más que nominalmente de los derechos de todo tipo que son usuales en las democracias.

La ausencia de igualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación, la dependencia de instancias ajenas a sus propias personas, constituyen el triste paisaje que hay detrás de muchas personas con discapacidad, todavía.

¿Qué soluciones proponen desde Cermi?

Las soluciones deben estar a la altura del problema, han de ser muchas y muy intensas, pero para no fatigar a los lectores, las resumiría en dos, capitales, a mi entender. Por una parte, cada persona con discapacidad, cada familia de una persona con discapacidad, en caso de que aquélla no pueda representarse a sí misma, debe cobrar

conciencia de su total y completa ciudadanía, de sus capacidades para ser titular de derechos, de su individualidad y de su dignidad intangible. Por otra, hay que desatar un proceso, en la esfera social y política, de llevar la discapacidad a las agendas públicas, a los primeros puestos de la atención política e institucional. Se trata de procesos paralelos y contemporáneos: en el plano personal, adueñarse de sí mismo; en el político, activar la discapacidad.

¿Cree que el nivel legislativo en España con respecto a la discapacidad es suficiente? ¿Cuáles son las principales reivindicaciones de Cermi en este sentido?

En España, como ocurre en general, adolecemos de una inflación de normas y disposiciones. Otra cosa muy distinta es su grado de cumplimiento, de exigibilidad, que deja mucho que desear. Muchas de las normas son más retóricas que reales, bienintencionadas pero sin eficacia práctica.

Creo que en estos últimos años, se ha mejorado y nos vamos dotando de mejores y más eficaces marcos normativos. Incluso en el plano de los principios, estamos llevando la discapacidad de la visión reduccionista y parcial de lo 'social', de 'los servicios sociales', a la de la discapacidad como cuestión de derechos humanos, como una dimensión más, integral, de los derechos humanos. Hemos de darnos normas jurídicas que sirvan a un propósito tan sencillo como es extender efectivamente los derechos humanos a todas las personas con discapacidad.

¿Es similar la situación de las personas dependientes en España a la de nuestros vecinos europeos?

Es muy difícil comparar y asimilar los grados de protección social en y entre los países europeos. No existe un espacio común social europeo, por más que se diga. Cada uno lleva su propia política social y las comparaciones son arduas y muchas veces improductivas, de tan disímiles que son las situaciones de partida. Dicho esto, es claro que España está lejos de los niveles medios de protección social, incluidas las situaciones de necesidad de apoyos generalizados. Realmente, en España no ha existido nunca un Estado del bienestar con el alcance e intensidad del desarrollado en los países nórdicos o en los centroeuropeos.

No digo que el Estado del bienestar sea lo deseable, me

limito a señalar que en España nunca se ha alcanzado un grado de protección propio del Estado del bienestar en su expresión más pura. Eso se nota en cualquiera de las variables de protección que comparemos, comprendidas las de las personas con grandes necesidades de apoyo. Los derechos sociales tradicionales —los que aquí seguimos atendiendo desde unos raquíticos servicios sociales— no alcanzan la categoría de derechos, ni de sistema, de cuarto pilar.

“Las organizaciones de personas con discapacidad son el motor de cualquier acción que se lleva a cabo en la esfera de la discapacidad. Cuanto más asociacionismo, cuanto más movimiento social, más políticas y más avances”

¿En qué manera las tecnologías de la información y la domótica pueden favorecer la vida cotidiana de las personas con discapacidad?

Alguien ha dicho, acertadamente, que las tecnologías son un aliado de las personas con discapacidad y de las personas con grandes necesidades de apoyo. Son quizás el instrumento más eficaz para favorecer la vida autónoma e independiente. Otra cuestión es si las nuevas tecnologías, si las innovaciones que ofrece la ciencia, la técnica y el mercado, llegan por igual a las personas con discapacidad. Hay todavía muchas barreras económicas, de información, etc., que están impidiendo o dificultando el acceso generalizado, el uso y disfrute de esa fuente de liberación.

Uno de los problemas más preocupantes de la sociedad española, en el que ya se incidió en el 'Libro Verde', es el más que previsible incremento de la población mayor de 65 años, con el consiguiente aumento de personas dependientes. ¿Se están realizando los suficientes esfuerzos desde las distintas administraciones para hacer frente a esta cuestión?

Como es público y notorio, en estos momentos nos encontramos en pleno debate sobre la llamada (y anhelada) Ley de Autonomía Personal y Atención a las Situaciones de Dependencia. Se trata del gran reto de la política —más, de toda la Política española en

mayúsculas— para éstos y los próximos años.

La conciencia del problema es muy aguda. Allí donde vas oyes hablar del tema. Todos los esfuerzos deben centrarse en aprobar una Ley y crear *ex novo* un sistema nacional digno de tal nombre. España tiene la suficiente madurez política y económica para responder a ese desafío.

Los ciudadanos han dicho que están dispuestos a comprometer, incluso aportando más, para que ese sistema se cree y nazca. ¿Qué nos falta, pues? Voluntad política, altura de miras, cierta productiva audacia. Espero que nuestros gobernantes sean dignos de la ciudadanía a la que representan y salgan bien del paso.

También en el 'Libro Verde' se daba especial importancia al papel de los cuidadores, en muchos casos olvidados. ¿Qué necesidades, todavía por cubrir, señalaría como básicas para este colectivo?

Son los grandes olvidados, los omitidos, los invisibles. Están resolviendo, o al menos, afrontando en solitario, un problema de proporciones ingentes y apenas hemos reparado en ellos, ni siquiera para darles cortésmente las gracias. No ya dinero, o ayudas, o apoyo: las puras y simples gracias. La familia sigue siendo, en España, la única y verdadera red de apoyos y asistencias.

Nuestra sociedad se mantiene porque hay una red familiar que soporta, que atenúa las situaciones más críticas. Sin embargo, tenemos las políticas familiares más débiles, más frágiles, menos energéticas de Europa. Ironías de la vida: parece que desde lo público ignoramos los mejores esfuerzos privados.

Como director ejecutivo de Cermi, ¿qué objetivos se plantearon con su activa participación en la redacción del libro? ¿Se ha visto cumplido alguno?

El *Libro Verde* promovido por la Fundación AstraZéneca y pilotado por Julio Sánchez Fierro fue el primer gran esfuerzo del sector privado para ordenar, sistematizar y proponer al debate social y político la necesidad de regular la atención a las situaciones de apoyos generalizados. Se cumplieron plenamente las aspiraciones: crear debate, hacer visible la cuestión, apelar a las conciencias, no sólo con llamamientos, sino con datos, con análisis, con propuestas. Felicito a la Fundación AstraZéneca por esta iniciativa, tan rentable socialmente.

Nuevo inhibidor de señales del factor de crecimiento endotelial vascular

Se ha iniciado el reclutamiento de pacientes para un estudio Fase II/III en cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), con AZ2171, un nuevo inhibidor de señales del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). El estudio está siendo coordinado por el Grupo de Ensayos Clínicos del Instituto Nacional del Cáncer de Canadá en la Universidad de Queen's en Kingston, Ontario, con el que la compañía farmacéutica AstraZéneca ha establecido un amplio programa de colaboración.

Cada año se diagnostican 1,2 millones de casos nuevos de cáncer de pulmón en todo el mundo, y anualmente se atribuyen a esta enfermedad más de un millón de muertes. El estudio investigará la supervivencia global y la tasa de respuesta al tumor en pacientes con CPNM avanzado, comparando la eficacia de añadir este nuevo fármaco o un placebo al tratamiento con quimioterapia.

EIVEGF es un factor clave implicado en la formación del vaso sanguíneo tumoral (angiogénesis). El nuevo fármaco, AZD2171, que se administra a dosis de un comprimido diario, es uno de los inhibidores más potentes de señales del VEGF. En particular, el fármaco inhibe el VEGFR-2 (también denominado KDR) que es el principal receptor a través del cual el VEGF ejerce su efecto sobre la angiogénesis.

Como codirector del estudio, el doctor Glen Goss, director de Oncología, del Centro Regional de Cáncer del Hospital de Ottawa (Canadá), ha señalado que “en base a la experimentación preclínica, parece que AZD2171 tiene un alto potencial de inhibición de la acción del VEGF y de supresión de la angiogénesis, el proceso por el cual los tumores captan los vasos sanguíneos sanos existentes y los utilizan para suministrar sangre y nutrientes al tumor”.

Acuerdo para desarrollar un nuevo fármaco contra la sepsis grave

AstraZéneca y Protherics han llegado a un acuerdo para el desarrollo y comercialización del producto antiseptis CytoFab que, actualmente, está en preparación para un único estudio de fase III para registro en sepsis grave en línea con la orientación recibida en una reunión de final de fase II con la FDA.

El acuerdo asciende a 195 millones de libras, a los que hay que añadir una inversión de 7,5 millones en la compra de acciones y pagos adicionales por valor de 171 millones según se cumplan los objetivos. AstraZéneca se hará responsable del desarrollo de CytoFab, un producto a base de un fragmento (Fab) del anticuerpo policlonal anti-TNF-alfa, como tratamiento para las enfermedades mediadas por

TNF-alfa en el hombre, con una indicación diana inicial de sepsis grave.

La sepsis es una afección potencialmente mortal ocasionada por infecciones graves no controladas que afecta a cerca de tres millones de personas al año en el mundo. Actualmente sólo hay un producto disponible para el tratamiento de la sepsis grave.

John Patterson, director ejecutivo de Desarrollo de AstraZéneca, asegura que el objetivo es convertir CytoFab en el producto de referencia para los pacientes con sepsis, mejorando sus posibilidades de recuperación y reduciendo su estancia en cuidados intensivos. “Confiamos que proporcionará a los clínicos nuevos medios de abordar esta devastadora afección”, explica.

En España sigue habiendo una discriminación por edad

Durante los últimos tiempos la discriminación se ha convertido en un caballo de batalla de las confrontaciones políticas, hablándose mucho de la discriminación por razón de sexo, de raza... y estableciéndose algunas medidas al respecto. Sin embargo, la discriminación por razón de edad sigue silenciada,

a pesar de que un 17 por ciento de la población española es mayor de 65 años.

Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de Ceoma, alerta en esta entrevista de esta realidad sobre la que se ha centrado buena parte del interés del último Congreso Nacional de Orga-

nizaciones de Mayores, y que no es otra que los distintos tipos de discriminación que sufren las personas mayores en nuestro país única y exclusivamente por razón de su edad: la discriminación laboral y económica, la discriminación sanitaria, la discriminación en los medios de comunicación, en el ocio, etc.

Luis Domingo



¿Qué valoración hace de la situación que se vive en España?

Las personas mayores en España sufren mayor discriminación que en el resto de la UE. Si comparamos la situación de los mayores en los países del norte de Europa nos damos cuenta del gran camino que nos queda por recorrer para igualarnos a ellos. Los gobiernos del norte de Europa se dieron cuenta hace varias décadas de que se estaba produciendo una inversión de la pirámide demográfica e incluyeron a las personas mayores desde el principio en los planes de política social, cosa que no se ha hecho en España, hoy uno de los países más envejecidos del mundo y con tendencia a un envejecimiento de la población aún mayor (el 30,8 por ciento del censo será mayor de 65 años en 2050).

Además de la falta de protagonismo de los mayores como sujetos de la política social en España, tampoco se ha realizado un esfuerzo educativo y formativo para que la sociedad comprenda la importancia del papel de los mayores en su propio desarrollo, sino más bien todo lo contrario, se ha fomentado una cultura en la que la juventud es un valor por sí mismo que exclu-

ye y rechaza al de la madurez, la experiencia y el conocimiento de la vida.

No hay más que asomarse a los medios de comunicación para ver cómo se fomentan las actitudes discriminatorias hacia las personas mayores, empezando por el manido apodo que tanto emplean los políticos de 'clase pasiva', hasta los contenidos de los programas de televisión donde al abuelo se le trata como a un trasto viejo y pesado y se le ordena callar y no molestar.

¿Cuáles son los aspectos que más urge corregir para avanzar en la discriminación por edad?

Uno de los ámbitos donde se da esta discriminación por edad y que perjudica gravemente a la calidad de vida del mayor es la discriminación sanitaria. Discriminación que se manifiesta en la ausencia de unidades de geriatría en todos los hospitales para atender las necesidades de un 17 por ciento de la población que hoy es mayor de 65 años.

Si se limita el acceso de las personas mayores a los medicamentos (como es el caso de los antipsicóticos atípicos) o a los tratamientos más avanzados en medicina, se está cometiendo una discrimina-

ción por motivos de edad. Las personas mayores han cotizado a la Seguridad Social durante toda su vida laboral, para poder acceder a esos servicios médico-sanitarios cuando su salud comenzara a debilitarse.

Al igual que sucede con el tema de las pensiones. Los mayores han contribuido durante muchos años con parte de su salario para garantizarse una pensión digna y hoy más del 28 por ciento de los mayores españoles viven por debajo del umbral de la pobreza establecido por la oficina de estadística de la UE, según el último informe del Imserso. Por el contrario, la mayoría de los pensionistas españoles superan los baremos económicos que establece la administración para acceder a una plaza en una residencia pública y cuando se presenta el problema de la dependencia, la situación es insostenible porque no pueden entrar en una residencia pública y tampoco pueden pagar una privada.

Por este motivo Ceoma dedicó el anterior Congreso de Organizaciones de Mayores, al tema de la Dependencia. Nuestra principal demanda entonces fue la elaboración de la tan esperada Ley de Dependencia que llevara aparejados los presupuestos necesarios para dotar al sistema público de servicios de atención domiciliar, teleasistencia, formación de cuidadores informales o ayudas a familiares.

En fin, seguimos esperando, porque aunque se anuncia la promulgación de la ley para enero de 2006, la dotación presupuestaria es de 100 millones de euros, con lo que no se podrán ejecutar los planes previstos ni poner en marcha un verdadero sistema de atención a las personas dependientes.

¿Es el ámbito de la política la más importante por impedir el pleno desarrollo de los derechos de las personas mayores?

No es la más importante, en la medida en que lo primero que hay que proteger llegada cierta edad es la salud. Pero sí es la más importante en cuanto a la posibilidad de cam-

biar la situación de discriminación hacia los mayores en España. No se trata de pedir una cuota de representación, al igual que han hecho las mujeres, pues por el porcentaje que representamos en el censo, nos correspondería un 17 por ciento de los escaños parlamentarios, e igual representación en las asambleas autonómicas y en los ayuntamientos.

Pero hoy por hoy, en el Congreso tenemos tan sólo un 2,8 por ciento de representación y en los ayuntamientos no llega al 1,5 por ciento. Así es muy difícil que las personas mayores contribuyamos en el diseño de las políticas sociales que nos afectan y en la defensa de nuestros derechos.

¿Cuál es la relevancia del programa de la Unión Europea Access to Justice?

El programa Acceso a la Justicia es uno de los programas internacionales en los que participa Ceoma en representación de las personas mayores de la UE, para que sus derechos estén contemplados en las legislaciones nacional y europea y para garantizar su acceso a los sistemas jurídicos de protección de esos derechos.

Entre los patrocinadores del congreso que están apoyando la actividad de Ceoma figura la Fundación AstraZéneca. ¿En qué medida el compromiso social de este tipo de corporaciones es decisivo para avanzar en el marco de las personas mayores?

Es fundamental el apoyo que recibimos de la Fundación AstraZéneca para desarrollar programas que ayudan a las personas mayores a vivir su madurez vital con dignidad, a defender sus derechos ante las instituciones públicas y privadas, a fomentar su inclusión en los planes de políticas sociales y a promover su participación activa en la sociedad.

Tenemos que felicitar a la Fundación AstraZéneca por su actividad en numerosos campos sanitarios y sociales, constituyendo una referencia en el sector empresarial.

Es importante que las empresas, después de crear riqueza, que es su misión, colaboren para mejorar el entorno social, en el ejercicio de la responsabilidad social corporativa, que al final revertirá también en su misión principal. La empresas más punteras hace ya tiempo que lo entienden así.

El cumplimiento de la medicación se traduce en menos muertes

Según un nuevo análisis del programa CHARM, en pacientes con insuficiencia cardíaca, publicado en *The Lancet*, el cumplimiento de la medicación por parte de los pacientes con insuficiencia cardíaca da lugar a un menor riesgo de muerte en comparación con los pacientes que no toman la medicación en la forma que se les indica.

"El nuevo análisis del programa CHARM expone el conocimiento actual acerca del efecto que el cumplimiento de la medicación tiene sobre los

resultados clínicos en los pacientes con insuficiencia cardíaca", ha explicado su autor, el doctor Bradí B. Granger, del Centro Médico de la Universidad Duke y la Facultad de Enfermería de la Universidad Duke.

"Al educar a sus pacientes sobre la importancia que tiene el cumplimiento terapéutico, los profesionales de la salud tienen ocasión de ayudar a mejorar el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, aumentando así sus oportunidades de supervivencia".

El farmacéutico de AP contribuye al mejor uso del medicamento

La figura del farmacéutico de Atención Primaria, con apenas 10 años de vida, ha ido cobrando cada vez más fuerza. Actualmente, es un colectivo de más de 400 profesionales distribuidos por todas las comunidades autónomas, cuya función principal es asesorar al médico de Atención Primaria en el buen uso de

los medicamentos. Juan Carlos Morales, farmacéutico de AP del Servicio Andaluz de Salud en Jerez de la Frontera (Cádiz) ha sido elegido recientemente presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. *Azprensa.com* ha querido aprovechar esta oportunidad para entrevistarle y

conocer de primera mano sus opiniones sobre las funciones del farmacéutico de AP, entre las que destaca contribuir a difundir el conocimiento sobre todo lo relacionado con el medicamento como apoyo a los profesionales sanitarios. Asimismo, explica sus principales objetivos y retos como presidente de la Sefap.

¿Cómo surgió la figura del farmacéutico de AP?

El farmacéutico de AP surgió en los años 1985-1986 por iniciativa de los responsables de salud de los gobiernos autonómicos para dar respuesta a necesidades evidentes. Hasta entonces no se había tomado esa iniciativa, pero realmente la necesidad de que hubiera un profesional conocedor del medicamento y por tanto de apoyo a los profesionales que trabajan en los equipos básicos de AP, fue la idea fundamental con la que se trabajó y que llevó a dichas instituciones autonómicas a impulsar y crear esta figura.

Se empezó con experiencias piloto en Cataluña y en Madrid y casi simultáneamente en Andalucía, aunque aquí con un número algo mayor de profesionales. A partir de ahí se fue consolidando esta estructura y a ampliarse el número de plazas hasta alcanzar los más de 400 farmacéuticos de AP que somos en todo el Estado.

¿Cuáles son las principales funciones del farmacéutico de AP? ¿Son iguales en todas las CCAA.?

Antes he comentado la razón por la cual se creó la figura del farmacéutico de AP, que no era otra que la de contar con un especialista conocedor del medicamento que asesorara y, por lo tanto, su tarea fundamental es la de contribuir a difundir el conocimiento sobre todo lo relacionado con el medicamento como apoyo a los profesionales sanitarios. A partir de ahí se derivan todas. Por supuesto también otra función típica o característica es la de suministro farmacéutico en los centros.

Estas funciones básicamente son iguales en todos los territorios. Únicamente hay una diferencia de funciones en la Comunidad Autónoma Gallega, en la que las principales funciones del farmacéutico de AP se circunscriben al ámbito de la Atención Farmacéutica, concretamente el seguimiento far-



azprensa.com

macoterapéutico de los pacientes, que es una actividad muy interesante y necesaria en AP, pero que no es una de nuestras funciones principales en otras comunidades, a pesar de que se hacen, aunque no de una forma periódica y sistemática del marco funcional obligado.

En la Ley del Medicamento el farmacéutico de AP tendrá mayores competencias. ¿Qué opina de ello? ¿Era necesaria esta ampliación de competencias?

La futura Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios recoge una serie de competencias y de funciones para el farmacéutico de AP que no estaban recogidas en la Ley del Medicamento de 1990, pero que no suponen una ampliación de funciones a las que actualmente estamos desarrollando. Es decir, más bien ha venido a recoger por escrito en un texto con formato de ley aquello que es una realidad, ya que las funciones que cita son las que ya se realizan.

Consideramos que el texto es correcto en lo que se refiere a nosotros ya que veíamos como una necesidad el que en el ámbito normativo se constatará también nuestra realidad, y esta ley determina todas nuestras funciones, al igual que la necesidad de

constituir los servicios de farmacia de AP.

¿En qué sentido influye la actuación del farmacéutico de AP en la calidad asistencial?

Digamos que la influencia es obvia, puesto que la asistencia sanitaria se basa en la resolución de un problema de salud, y esto casi siempre lleva apareado en una proporción importante la utilización del medicamento como remedio terapéutico. Sabemos que el medicamento es probablemente la herramienta terapéutica más utilizada.

En tanto que el farmacéutico de AP puede contribuir a mejorar la información y la formación que los sanitarios tienen sobre el medicamento, puede contribuir a un mejor uso del mismo, y de esta manera indirectamente está también potenciando la calidad de la atención sanitaria prestada.

Además, puede contribuir personalmente y directamente con el enfermo en otras actividades que hacemos de educación a la población, e incluso en estas actividades que he comentado que en Galicia son troncales como la del seguimiento farmacoterapéutico del paciente.

Éstas son las dos vías principales, pero en tanto que nuestra actividad se centra mucho en la información y en el apoyo a los equipos, todo lo

que contribuya a un mejor uso del medicamento por parte de los sanitarios podrá contribuir a una mejora de la calidad asistencial.

¿Qué relación tiene el farmacéutico de AP con los médicos a los que presta servicio?

La relación es la que cabría esperar entre dos profesionales que trabajan en un mismo equipo, si bien es cierto que los farmacéuticos no estamos tan dotados en número como para que hubiera uno por cada centro de salud, lo que sería la situación ideal. En este sentido notamos que faltan apoyos, que falta un mayor dimensionamiento de las plantillas, pero sí que estamos trabajando codo a codo con todos los equipos de AP con una relación correcta.

En general ellos ven en nosotros un servicio de apoyo que pueden utilizar y que les puede ayudar en un momento determinado. Nosotros contribuimos y de algún modo facilitamos la labor del equipo.

Llevamos trabajando desde los años 1985-1986 y muchos de nosotros tenemos un contacto muy estrecho con los compañeros. Saben que vamos periódicamente, les transmitimos información científico/técnica de las últimas novedades terapéuticas en el mercado, de revisión de algún grupo terapéutico, también les

llevamos datos de su prescripción para que ellos vayan autoevaluándose..., es decir, es una relación de profesional a profesional.

Cada vez se habla más de la importancia de la investigación clínica en AP. ¿Cuál es exactamente el papel del farmacéutico en esta investigación y qué repercusiones tiene en la misma?

Efectivamente, se habla mucho de investigación clínica en AP porque hay muchos estudios en marcha, aunque la investigación es menos numerosa en AP que en el nivel especializado, cuando curiosamente muchos de los medicamentos van a ser utilizados en AP. En fin, éste es un tema que si el estudio está bien diseñado y con todos los parámetros no supone un problema, pero sí que llama la atención. Quizás todos los profesionales de AP desearíamos tener un poco más de protagonismo en investigación en AP, protagonismo bien entendido, es decir, de participación y de trabajo en investigación clínica. Ésta es una cuestión que tenemos clara. Dentro de nuestra línea de trabajo en la Junta queremos potenciar la investigación y, concretamente, la clínica.

La aportación del farmacéutico sin duda es la gestión de las muestras de los ensayos clínicos, es decir, somos los suministradores y casi diríamos los guardas del medicamento. No obstante, creo que podemos ofrecer algo más a la sociedad. De hecho, sería difícil de explicar a los ciudadanos cómo tenemos a unos profesionales formándose cinco años y si se hace el doctorado o la especialidad tres años más, y después prácticamente queda circunscrito a la compra y al control del medicamento. Es decir, creemos que podemos ofrecer mucho en los servicios de Farmacia de Atención Primaria y en los hospitales, y de hecho se hace.

Con relación a los ensayos clínicos, además de, por supuesto, la gestión de las muestras, hay aspectos que

personalmente a mí, y creo que a todos los demás profesionales sanitarios nos preocupan, y son los temas relacionados con las hipótesis de la investigación: entendemos que los profesionales tienen que participar más en la formulación de las hipótesis.

Los que estamos trabajando para que la atención sanitaria sea la correcta tenemos que ser más protagonistas de las preguntas en la investigación. De alguna manera tenemos que hacer el esfuerzo necesario para que los recursos que se destinen a investigación vayan a resolver los problemas que verdaderamente tienen los pacientes, y que quienes los conocen son los que les atienden y están cerca de ellos: los médicos, los enfermeros y los farmacéuticos.

Los farmacéuticos deberíamos trabajar en investigación, ya que podríamos aportar mucho valor añadido en la formulación de las hipótesis adecuadas y en el diseño de los proyectos de investigación. Médicos, farmacéuticos y enfermeros trabajamos en otros proyectos de investigación sanitaria y no veo por qué no vamos a ser capaces de trabajar en proyectos de investigación clínica propiamente dichos.

Realmente los proyectos de investigación clínica quedan siempre a merced de los promotores y en este sentido creo que los profesionales deberíamos tener una mayor participación. Debería haber una mayor investigación clínica

ca en AP y una mayor participación de todos los profesionales en los proyectos, desde la formulación de la hipótesis hasta la puesta en pie de la metodología.

La Sefap es una sociedad científica que actualmente tiene más de 400 socios numéricos, si sumáramos los adheridos apenas llegaríamos a los 600 asociados. Sin embargo, año tras año en nuestros congresos se ponen en común proyectos de investigación con mayor o menor dimensionamiento. Por otra parte, Sefap también ofrece becas y premios a la investigación. Somos un colectivo con inquietud investigadora, con una alta participación en congresos, y de hecho, el farmacéutico de AP se ha caracterizado por tener muchas publicaciones y muchos trabajos de investigación, aunque, al igual que todos los profesionales de AP, menos en el ámbito de la investigación clínica, que podría considerarse una asignatura pendiente de AP.

¿Cómo se forma el farmacéutico en investigación? ¿Dónde recibe esa formación, quién la da, en qué consiste, tienen algún programa de formación continuada?

El farmacéutico se forma en investigación en las universidades, al igual que cualquier otro licenciado o doctor. Fuera de este ámbito, desde Sefap se hace un gran esfuerzo, concertando másteres y cursos de formación, con la



azprensa.com

Escuela Nacional de Sanidad, la Escuela Andaluza de Salud Pública, o determinadas facultades, y desarrollando algunos otros cursos preparados por Sefap que pueden contribuir a una mejor formación para ayudar al profesional en su capacitación investigadora.

Por definición, y de forma teórica, la formación académica que de alguna manera capacita al profesional en la investigación es el doctorado. A partir de aquí todas las sociedades científicas, incluso universidades, facultades, tienen cursos, másteres, talle-

res, etc., que contribuyen a la misma.

Actualmente, el farmacéutico es uno de los profesionales más valorados por la sociedad. ¿Cómo se han ganado este prestigio?

Esta es una buena noticia que no conocía. Supongo que estos datos de que somos el segundo colectivo mejor valorado, provienen de una encuesta a la población, y cuando se pregunta por el farmacéutico la gente interpreta siempre el farmacéutico de la oficina de farmacia, con lo cual mi enhorabuena para ellos.

A nosotros nos gustaría potenciar que el público nos conociera y que supiera que hay otros farmacéuticos que estamos en los centros de salud y en los hospitales, que además de nuestro trabajo de suministrar medicamentos en los centros en los que trabajamos, también llevamos a cabo una labor de formación a los profesionales que es fundamental, puesto que el conocimiento en el medicamento es muy variable, con muchos cambios que hay que valorar, y esto requiere una información y una actualización a la que los farmacéuticos estamos contribuyendo.

¿De qué forma considera usted que puede ayudar el farmacéutico de AP al paciente?

Básicamente contribuyendo a mejorar la asistencia sanitaria en lo que concierne al uso del medicamento que se le va a aplicar y también en la información que éste recibe.

Asimismo, también mediante el seguimiento farmacoterapéutico que, en la Comunidad Autónoma de Galicia, se realiza regularmente.

¿Qué papel tiene el farmacéutico de AP en la toma de decisiones de la Administración sanitaria sobre política farmacéutica?

No es un papel distinto del que tiene cualquier otro profesional sanitario de AP. Creo que sí nos tienen en cuenta a la hora de tomar decisiones. Un ejemplo claro es que en la nueva Ley del Medicamento aparecen desarrollados los servicios de Farmacia de AP con todas sus funciones, algo que no se incluía en la Ley del Medicamento del año 90, puesto que prácticamente nosotros entonces acabábamos de nacer.

El último congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (Sefap) ha hecho hincapié en la creciente importancia del paciente en el sistema sanitario español. ¿Podría explicar un poco más este tema?

Efectivamente, además el lema del congreso iba orientado hacia el paciente, incluso tenemos un premio del foro de pacientes. En una intervención que tuvieron en nuestro congreso los pacientes nos pidieron que trabajáramos más con ellos. Nosotros hemos tomado nota, y de hecho una de las líneas de la actual junta directiva de la Sefap es trabajar un poco orientados al paciente, tanto como sociedad como profesionales.

En cuanto a la Sefap, querríamos ofrecer información directa al paciente a través de nuestra página web y también potenciar las actividades de información a la población que estamos desarrollando como farmacéuticos de AP en los centros de salud. Actualmente la información al paciente es algo que se está demandando, es una necesidad, y por tanto los profesionales, las instituciones, las sociedades científicas, las universidades, nos equivocamos si no satisfacemos esa necesidad, que bien cubierta es un bien para todos.

De alguna manera, se debería potenciar que las actividades de Atención Farmacéutica fueran más frecuentes, porque ésa es una línea de trabajo que debe de incrementarse en la oficina de farmacia, en los servicios de farmacia del hospital y en los servicios de Farmacia de AP. El cómo ya es algo que dejo a quien tiene

La industria farmacéutica pide diálogo y estabilidad

El diario económico *La Gaceta de los Negocios* ha publicado recientemente un reportaje que, englobado dentro del Foro Empresarial La Gaceta, contó con la participación de diversos representantes de las principales empresas farmacéuticas: Manuel Martín, director general de la Fundación AstraZeneca y director del departamento de Relaciones Institucionales; Joan Bigorra, director de la división farmacéutica de Novartis; Manuel Cobo, director general de Bristol-Myers Squibb; Laura González, vicepresidenta para España de Sero, y Helena Redondo, socio de Deloitte. Recogemos aquí algunos de los comentarios realizados en este foro. Todos ellos dejaron claro que las dos grandes preocu-

paciones del sector son el diálogo con las administraciones y la estabilidad. En lo relativo a la investigación clínica, los participantes del Foro Empresarial La Gaceta dejaron claro que la tramitación legislativa es fundamental que se agilice. "Llevamos mucho años en los que no crece el número de ensayos clínicos en nuestro país y también estamos en una situación muy competitiva con los países del Este, que cuentan con costes menores, con más facilidad para reclutar pacientes", afirmó el director general de la Fundación AstraZeneca, Manuel Martín. También hay poca investigación independiente en el país y la universidad no ha sabido desarrollarla junto con grupos fuertes, "en España no se ha

sabido desarrollar la relación entre universidad y empresa", añadió Martín.

Para Helena Redondo, socio de Deloitte, existe la sensación de que la industria, que es la que financia la investigación, es como si no tuviera nada que decir. "Hay que potenciar el papel decisivo de la industria que debe decir en qué se va a investigar y con quién investigar y no solamente poner financiación. Hemos perdido unos años de oro en la universidad, hay gente con una situación precaria, incluso en muchos casos sin seguridad social, la universidad tiene un gran reto por delante". En este sentido, Manuel Martín añadió: "Hemos perdido el tren de atraer investigación y tejido industrial a nuestro país."

que decidirlo, pero realmente los trabajos disponibles demuestran que el seguimiento farmacoterapéutico y las labores de Atención Farmacéutica disminuyen los problemas relacionados con medicamentos, entendiendo por los mismos las interacciones medicamentosas, las reacciones adversas, el incumplimiento terapéutico, etc...

En la última edición del Aula FAP, organizada por la Sefap en El Escorial, se habló de que una mejor gestión del medicamento pasa por del establecimiento de indicadores que determinen la adecuación de la prescripción en función de la mayor evidencia científica en patologías concretas. ¿Qué ocurre en este caso con los nuevos medicamentos?

Bueno, qué ocurre con los nuevos y con los viejos. Es decir, que el trabajo que tenemos los profesionales que estamos en la asistencia sanitaria, en el entorno del medicamento, es que al paciente se le administre el medicamento que necesite, es decir, el mejor. En ese sentido, para tener esa certeza se utiliza la evidencia científica, que no es otra cosa que el conocimiento certero que hay sobre una

cuestión en concreto. Cuando se habla de la evidencia científica, lo que se quiere decir es que si hay que tratar una patología y vamos a plantear una intervención terapéutica farmacológica.

Hemos de buscar entre todo el conocimiento disponible, qué medicamento debe aplicarse en este paciente con esta situación clínica, que no es otro que aquel que haya demostrado mayor eficacia y mayor seguridad.

¿Qué le pasa a las nuevas moléculas? Sencillamente, que la certeza científica se obtiene con unos estudios y para determinados estudios se necesita un tiempo. Por ejemplo, podemos tener un antihipertensivo nuevo que en los estudios clínicos que se han realizado previos a la comercialización ha demostrado que disminuye la presión arterial y no ha demostrado problemas de seguridad grandes.

Pero hay cuestiones que sabemos de los antihipertensivos antiguos que ya tenemos y que desconocemos del nuevo. Por ejemplo, algunos de ellos han demostrado que tratando al paciente durante varios años se disminuye el riesgo de infarto, o la mortalidad, cosa que el nuevo toda-

vía no ha demostrado, con lo que, en este ejemplo, tenemos una evidencia científica con el medicamento antiguo que no tenemos con el nuevo, y esto es importante que lo sepan los pacientes.

Con las nuevas moléculas que entren a cubrir espacios vacíos no hay ningún problema, pero aquellas moléculas, que son muchas, que no cubren un espacio vacío, se van a encontrar con que el espacio está lleno con moléculas que tienen una mayor evidencia científica.

Todo tiene su tiempo y el medicamento también, y esto tiene que ver con la investigación. Algunas veces los profesionales sanitarios nos preguntamos que a qué viene un nuevo antihipertensivo, o cualquier otro nuevo medicamento para una patología en la que hay tratamientos disponibles.

Realmente deberíamos de preguntarles a los pacientes, que son los que realmente pagan, si quieren que investiguemos en otras enfermedades que todavía no controlamos como el Alzheimer o el cáncer.

Deberíamos de determinar bien cuáles son las necesidades, ya que la industria se gasta un dinero en la investi-

gación y luego lógicamente los medicamentos tienen un precio.

La evidencia científica nos ha de garantizar la mejor de las opciones y esta mejor de las opciones a veces puede incluir un nuevo fármaco, pero muchas veces no, porque si ese lugar está muy sólidamente ocupado, los nuevos fármacos tienen que demostrar muchas ventajas antes de entrar en ese primer perfil.

¿Cuáles son sus objetivos como presidente de la Sefap?

Nosotros tenemos una línea de actuación que responde al objetivo de reforzar al profesional farmacéutico de AP en su papel de colaborador ofreciendo información de apoyo al resto de los sanitarios.

De este objetivo básico se abren varias vías, que van en la línea de lo que ofrecemos como sociedad: la creación de la especialidad de farmacéutico de AP, la mejora, si cabe, en el ámbito formativo, trabajar en la potenciación de la investigación, y poner en pie una red de gestión del conocimiento para los farmacéuticos de AP. La creación de la especialidad de farmacéutico de AP es una necesidad sentida,

que requiere un esfuerzo por parte de las instituciones, porque salen farmacéuticos nuevos que no están formados en AP, y eso se traduce en pérdida del rendimiento de los que se incorporan, porque aunque sean unos excelentes profesionales, no han sido formados específicamente para el trabajo que tienen que desarrollar.

¿Y los principales retos que tiene que afrontar?

Fundamentalmente dos: el formativo, teniendo como eje central el trabajar por la creación de la especialidad de farmacéutico de AP y el otro gran objetivo sería el de fomentar la investigación clínica en Primaria. Creo que tendríamos que dar ese paso en AP, y ello pasa por una mayor presencia, o una presencia más activa, más protagonista, de los profesionales en la investigación.

Ninguno de ellos son retos fácilmente alcanzables, sobre todo si vemos que hay que lograrlos en un corto espacio de tiempo, ya que la directiva de la Sefap se cambia cada dos años, pero nos conformaríamos si conseguimos ir dando pasos sólidos hacia delante.



Ideas para la vida

www.azprensa.com

www.astrazeneca.es

AstraZeneca es una de las compañías farmacéuticas líderes a nivel mundial, centrada en la investigación, desarrollo y comercialización de fármacos innovadores que hacen avanzar la Medicina y mejoran la salud y calidad de vida de millones de personas en todo el mundo.

Con más de 64.000 empleados en todo el mundo y 11 grandes centros de investigación, destina cada año a la investigación más de 3.000 millones de dólares, lo que representa una de las contribuciones más altas del sector tanto en términos absolutos como relativos (el 17% del total de sus ventas).

En nuestro país está presente con más de 1.000 empleados, un importante centro de producción en Galicia, oficinas centrales en Madrid y delegaciones en las principales provincias españolas. En el campo de la comunicación, edita un diario digital de información sanitaria (www.azprensa.com) en el que acerca a todos la actualidad del mundo de la salud.

Asume igualmente su compromiso con la sociedad a través de su política de Responsabilidad Corporativa, con programas de formación continuada, apoyo a la investigación y contribución social a los colectivos más necesitados (como el de las personas con dependencia y/o discapacidad) en donde la Fundación AstraZeneca desarrolla una intensa actividad.

AstraZeneca 
VIDA QUE INSPIRA IDEAS

El mayor estudio en asma destaca la seguridad de Pulmicort durante el embarazo



Los resultados de cinco años del estudio START, publicados en *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, revelan que el tratamiento del asma leve y persistente durante el embarazo con Pulmicort (budesónida) tiene como resultado un número similar de niños sanos nacidos en comparación con placebo. En el ensayo START, el mayor ensayo clínico controlado en el asma, participaron 7.241 pacientes de entre 5 y 66 años. De las 2.473 mujeres incluidas en él, se analizaron 313 embarazos.

Durante los tres primeros años, los pacientes recibían 400 µg de Pulmicort una vez al día o placebo, además de su medicación habitual. Los dos años siguientes se llevaron a cabo como fase abierta en la que todos los pacientes recibían esta medicación. Michael Silverman, autor principal del estudio ha señalado que "un control

inadecuado del asma durante el embarazo puede tener, en raras ocasiones, consecuencias graves, por ejemplo, tasas elevadas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. El START demuestra que el desenlace del embarazo cuando el asma se trata con Pulmicort, es similar al que se obtiene en quienes no sufren asma".

Durante varios años algunas directrices de tratamiento, como las de la GINA (Iniciativa Global para el Asma), han defendido un uso más amplio de los corticosteroides inhalados en el asma leve persistente, aunque en la práctica muchos médicos eligen esperar hasta que la enfermedad se hace más intensa. Según Silverman, "los resultados demuestran que budesónida es bien tolerado tanto en adultos como cuando se usa en dosis bajas durante todo el embarazo".

"Ansiedad y trastornos comórbidos", un congreso de interés sanitario

El Institut d'Estudis de la Salut, de la Generalitat de Catalunya, ha otorgado el Reconocimiento de Interés Sanitario al III Congreso Nacional de "Ansiedad y trastornos comórbidos" que se ha celebrado en Barcelona el 26 y 27 del pasado mes de enero. Los coordinadores de este congreso han sido los doctores S. Ros Montalbán y F. Sabanés Magriñá, del Instituto Europeo de Neurociencias (IDN) y el comité científico está presidido por los doctores F. Sabanés Magriñá y L. San Molina. Junto a diferentes mesas redondas centradas en temas como "La

ansiedad ante la muerte" o "Ansiedad y envejecimiento", se establecieron sesiones de debate o controversia, e igualmente se delimitaron las fronteras de la ansiedad, análisis de su sintomatología y estrategias terapéuticas.

Para contribuir a la difusión de este encuentro, los organizadores del congreso han llegado a un acuerdo con el diario digital de información sanitaria *azprensa.com* y con la revista *Información al Día*, por lo que en el próximo número de esta revista ofreceremos un detallado resumen del mismo.

(Viene de Contraportada)

Es importante que se vea que hay afectados de trastorno bipolar como Coppola, el director de cine; Ted Turner, el creador de la CNN, que se vea que hay personas que han hecho cosas, que hacen su vida... También hay obreros de la construcción, hay secretarías, hay de todo. Que se vea que hay gente que está funcionando, que con la medicación y con una serie de pautas como controlar el sueño, hacer ejercicio, no aislarse, se puede llevar una vida normal.

La Asociación Americana de Psiquiatría ha cambiado sus directrices y, si no me equivoco, hasta el año 2000 planteaba el tratamiento con el objetivo de prevenir las recaídas y ahora ya lo plantea para que no haya recaídas, para que se lleve una vida absolutamente normal.

¿Cómo surgió la Fundación Mundo Bipolar y hace cuánto tiempo?

La Fundación surgió a partir de la página web: www.bipolarweb.com. Esta página nació de una forma artesanal, con poquísimo medios y fue creciendo, hasta el punto de ser la primera página de habla hispana en el mundo. Ahora mismo, funcionamos solamente con ayuda altruista y con voluntariado, pero no obstante, somos la primera por encima de las americanas que están financiadas con muchísimo capital.

La página, aunque llega a todos los países del mundo y sobre todo latinoamericanos, de alguna manera al tener sólo un ámbito virtual estaba limitada, básicamente porque en España Internet aún no tiene tanto peso, por lo que había la necesidad de algo institucional, de algo que en papel, de manera que decidimos crear la Fundación Mundo Bipolar porque ya creía-

mos que de alguna manera habíamos llegado al tope de nuestras posibilidades.

¿Y cómo surgió la página web 'www.bipolarweb.com'?

Fue una idea de mi marido y mía. Yo dejé de trabajar, soy periodista, y decidí acabar de alguna manera mi vida profesional activa de muchísimo estrés, de muchísimos años e intentar encauzarla de otra manera.

Fue como tirar una botella al mar con un mensaje dentro y como había esa necesidad, fue muy bien aceptada.

Estaba haciendo un curso, porque tenía que ocupar mi tiempo, venía de una actividad frenética desde los 22 años. Y tenía que ocupar mi tiempo en algo intelectual y que también sirviera, que fuera algo que llegara a más gente.

¿Hay más asociaciones de pacientes bipolares en España?

Hay varias asociaciones, unas más arraigadas, y otras que han surgido a raíz del foro, es decir, gente que nos ha conocido, que ha empezado a tener relación con nosotros y que ha visto que era necesario crear asociaciones en sus propios ámbitos.

No pretendemos ocupar el lugar de las asociaciones, lo que queremos es funcionar de una forma global: uniendo Latinoamérica con España y teniendo relaciones con otras fundaciones y otros organismos internacionales.

¿Qué relaciones mantienen con estas otras asociaciones de pacientes bipolares en España?

Lo que hacemos es pasarles mucha de la información que nos va llegando, les prestamos el foro para que ellos anuncien sus convocatorias y hablen de sus experiencias y también para que los que quieran se anuncien en los enlaces con todos sus datos.

Como pacientes, ¿se sienten suficientemente respaldados por la sociedad y por las instituciones?

En absoluto. Nosotros estamos abriendo brecha entre otros colectivos. Sin embargo, por parte de la prensa estamos teniendo una acogida infinitamente mayor de lo que podíamos prever. No sabemos a qué obedece, creemos que hay muchísimos casos, porque entre el 4 y el 5 por ciento de la población está afectada y muchas personas lo estaban sin saber qué les pasaba.

Es lo mismo que nos pasó con la página web, había un espacio que había que cubrir y hemos llegado nosotros, sin embargo no tenemos ningún apoyo.

La Comunidad de Madrid nos está dando facilidades para celebrar jornadas, presentaciones... pero no tenemos financiación de ningún tipo y se está haciendo todo de forma altruista, con mucho esfuerzo y realmente necesitamos medios económicos.

Desde la Fundación Mundo Bipolar, ¿qué mensaje le gustaría hacer llegar a la población general?

Que no somos personas diferentes de lo que son ellos. Que tenemos un desajuste del cual no somos en absoluto culpables, que es un desajuste bioquímico-biológico, crónico, orgánico y que nos merecemos que nos den oportunidades como a cualquier otra persona, porque somos personas antes que una enfermedad.

No queremos que nos den un trato especial, aunque si hay pacientes que debido a su deterioro necesitan una ayuda especial. Y, aunque puede haber épocas en las que si se necesita una ayuda especial, en general podemos llevar una vida absolutamente normal.

Nueva presidencia en el patronato de la Fundación AstraZéneca

En la reunión anual que el patronato de la Fundación AstraZéneca celebró recientemente en Madrid, se nombró como nueva presidenta de esta Fundación a Philippa Rodríguez, manteniéndose en el cargo de director general de la misma a Manuel Martín y a Ramón Estiarte como secretario. Como patronos de AstraZéneca figuran: Joan

Ramón Laporte, catedrático de Farmacología de la Universidad Autónoma de Barcelona; Félix Lobo, catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Carlos III de Madrid y presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria; Carmen Maroto, catedrática de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada y miembro

numerario de la Real Academia de Medicina; Alfonso Moreno, jefe de Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y presidente del Consejo de Especialidades Médicas; Julio Sánchez Fierro; abogado y consultor de organismos internacionales y Carmen González, coordinadora general de la Fundación.

El trastorno bipolar: una riada que se lo lleva todo

Guadalupe Morales es la directora de Comunicación de la Fundación Mundo Bipolar, dirigida a ayudar a personas afectadas de trastorno bipolar y depresión unipolar, así como a sus familiares y amigos.

Desde su creación, Morales ha estado trabajando por difundir información sobre esta patología, que constituye un importante problema social y afecta entre el 4 y el 5 por ciento de la población mundial.

En esta entrevista concedida al diario digital *azprensa.com*, Morales hace un repaso del origen de la Fundación y sus objetivos, y comenta los principales problemas que tienen que afrontar diariamente las personas que padecen trastorno bipolar.

Como fundación, ¿qué tipo de ayuda prestan a los familiares y a los pacientes de trastorno bipolar?

Básicamente a través del foro, de las secciones y también del desarrollo de actividades.

Actualmente estamos planificando unas jornadas que se van a centrar fundamentalmente en el diagnóstico precoz y la psicoeducación. La psicoeducación implica una serie de medidas para el propio enfermo y cómo deben reaccionar las familias.

Se necesita información para detectar los síntomas precoces que anuncian una posible fase. Porque mientras antes se detecte una señal, antes se puede bloquear esa posible fase, ya que una vez iniciadas, las fases son mucho más difíciles de abortar y mucho más dolorosas y tienen unas repercusiones muchísimo peores.

¿Se puede prevenir el trastorno bipolar?

En cuanto a diagnóstico... El trastorno bipolar tiene un componente genético indudable. Si en las familias existe alguna persona con ese diagnóstico, existen probabilidades de que alguno de los miembros lo tenga. Ahora bien, si hablamos de abuelos, bisabuelos... antiguamente no se sabía que se tenía la enfermedad, y a veces se calificaba a la persona como melancólica o como una persona con rarezas.

El asunto más grave es que el diagnóstico de trastorno bipolar se confunde con depresiones. La gente normalmente va al médico cuando tiene depresiones, cuando se siente mal, ve que no puede seguir adelante, que se interrumpe su labor cotidiana..., pero raramente habla de sus episodios de hipomanía que son los niveles de actividad y de pensamiento rápido y de verborrea, entre otros. No habla de ese episodio que resulta agradable, sólo habla de la depresión.

El trastorno bipolar es muy difícil de diagnosticar a no ser que se haga un buen informe, un informe prolijo, para lo cual



Contenidos

los médicos de medicina general primero, no tienen tiempo y muchas veces no están bien informados, a pesar de que el médico de Atención Primaria es fundamental porque sería quien deriva al psiquiatra.

Más que prevenir se trataría de detectar precozmente la enfermedad. Normalmente se detecta, se diagnostica cuando ha habido un episodio de manía, que ya es un episodio de locura.

Cuando un paciente va a la consulta por depresión, recibe antidepresivos y puede darse el caso que esos mismos antidepresivos hagan un salto y de alguna manera detonen el trastorno bipolar, que por decirlo de alguna forma, estaba dormido, estaba latente. Ése es un problema gravísimo y por lo tanto las historias clínicas son fundamentales. La información, el que la gente vaya sabiendo en qué consiste esta enfermedad es fundamental y los medios de comunicación son en este sentido

los mayores aliados que se pueden tener, porque se tarda entre ocho y diez años en diagnosticar. Suele aparecer a los 19 años y se detecta a los 30, con lo que para entonces ya se ha truncado la vida profesional, social, amorosa...

¿Cuál es la principal problemática del paciente con trastorno bipolar?

Si no se conoce la enfermedad, si no se está bajo tratamiento psiquiátrico, si no se ha asumido la responsabilidad de padecer esto, si no se sigue un tratamiento, si no se abandona, el problema mayor que existe es, de alguna manera, la sorpresa ante una realidad completamente nueva.

La inmensa mayoría hemos llevado una vida normal y, de repente, aparece una situación que nos deja sobrecogidos y que tiene unas consecuencias nefastas para nosotros, nuestros amigos y familiares. Las consecuencias

son de todo tipo: laborales, personales, familiares; es decir, es como si viniera una riada y se llevara todo y hubiera que volver a empezar. El estigma es terrible. Desgraciadamente, al estar catalogada como una enfermedad mental aunque es bioquímica, biológica... la gente nos tiene miedo, es inevitable, tenemos una discriminación.

¿Qué papel juegan la familia y los amigos en la evolución de la enfermedad?

Su papel es esencial porque suponen una red de apoyo. Una red de apoyo es aquella que está informada, que conoce los síntomas y puede alertar, puede estar en contacto con el psiquiatra si es que el paciente se lo permite, puede animar a la persona a ir al psiquiatra, puede recordarle las citas... Nunca hay que presionar porque no sirve, si la persona afectada no quiere asumir su enfermedad no hay nada que hacer.

Según las estadísticas, la tasa de suicidio en el trastorno bipolar va del 15 al 20 por ciento, entonces aquí la red de apoyo es esencial para poder detectar el estado del enfermo, ya que en nuestro caso estar solo es estar en peligro de muerte.

¿Es consciente el paciente de su enfermedad?

Únicamente el 50 por ciento de los pacientes está diagnosticado, y de esa cifra, sólo la mitad está tratado.

En la depresión, el paciente es consciente, si está diagnosticado y si lo ha asumido y tiene un psiquiatra que le ha explicado en qué consiste su enfermedad, si tiene información, porque puede ser que le den medicinas, salga del episodio y no quiera saber más.

En la fase de manía, que es el estadio más elevado, que viene de locura, desde luego, ahí no es consciente, ahí no razona, ahí solamente puede actuar la medicación y muchas veces es necesario el internamiento porque está absolutamente descontrolado y puede causar grandes desastres familiares, personales... No digo

que sea agresivo, que no lo suele ser y que no es más agresivo que cualquier persona de la calle, pero sí que ha perdido contacto con la realidad.

¿Cree que el paciente con trastorno bipolar puede/debe tener capacidad de decisión sobre su tratamiento?

Absolutamente, excepto cuando esté en manía y cuando pueda ser un peligro para sí mismo o para otros. Lo que comentaba antes, no se puede ayudar a quien no quiere ser ayudado, no se le puede obligar si no quiere ser tratado, y éste es un problema gravísimo.

Normalmente, después de muchas recaídas, o de algunas recaídas según quien, pues ya acepta porque el dolor es insostenible, sobre todo durante la depresión y se quiere salir de ahí.

¿En qué forma cree que se facilitaría una reinserción social plena del paciente con trastorno bipolar?

Con información, información y más información. Divulgación. Que se vea que hay miles de personas que no se atreven a decir que tienen trastorno bipolar. Estamos a años luz de Estados Unidos que llevan décadas asumiéndolo y creo que, desgraciadamente, todavía habrá que esperar al menos una generación, pero alguien tiene que empezar. Y nosotros estamos empezando.

(Continúa en página 15)

"Información al Día" es una publicación mensual editada por el Gabinete de Prensa para los empleados y amigos de AstraZéneca en España. Agradeceremos todas las informaciones, ideas y colaboraciones que nos remitan.

Dirección: Vicente Fisac.
Redacción:
Luchy Casal y Natalia Díaz.

AstraZéneca Farmacéutica Spain, S.A.
Gabinete de Prensa
Serrano Galvache, 56
28033 Madrid
Tels: 91 301 91 00/48
Móvil: 660 100 948
Fax: 91 301 91 01

Edita:
Contenidos e información de salud. S.L.
Hnos. García Noblejas, 37 A 2º
Tel: 91 383 43 24 - **Fax:** 91 383 27 96
28037 Madrid
Depósito Legal:
M-8390-2005