



R.E.A.P.

Red Española de
Atención Primaria

SupportServeis
Calvet, 30 - 08021 Barcelona
Correo-e: reap@supportserveis.com

boletín

Diciembre 2011

volumen 5 número 4

www.reap.es

Redacción: Borja García de Bikuña Landa

Patrono
fundador de:



Miembro de:  **SESPAS**
SOCIETAT ESPANOLA DE SALUT
Y ADMINISTRACIÓ SANITARIA

Vacunas en tiempos de crisis

Luis García Olmos. Presidente de la REAP

Podemos afirmar que las vacunas constituyen el avance más importante de la medicina. La vacunación sistemática de la población ha conseguido reducir de forma espectacular la morbilidad y mortalidad de muchas enfermedades transmisibles, eliminar y erradicar algunas.

Sin embargo, a pesar de estos logros todavía existen fallos de cobertura que afectan sobre todo a poblaciones excluidas y además, últimamente, debido al estado de confusión que se está produciendo, empieza a extenderse un rechazo a la vacunación.

En las últimas décadas se han introducido nuevas vacunas en el calendario vacunal, de forma que se ha doblado el número de enfermedades vacunables en los niños.

Además, las nuevas vacunas aprobadas tienen un coste elevado y desde el sector sanitario se cuestiona el coste efectividad de algunas como la vacuna contra el papiloma humano y la meningitis e incluso directamente la efectividad de otras como la antigripal.

También se está produciendo un movimiento antivacunas, cada vez más numeroso, que culpa a las vacunas de ocasionar problemas como: autismo, muerte súbita, alteraciones del sistema inmune, diabetes, convulsiones, daño cerebral, déficit de atención, conducta antisocial, atopia, y toda otra serie de

maldades que carecen de fundamento científico.

Con los datos disponibles se sabe que más de la mitad de las personas que visitan páginas de Internet de contenido sanitario consideran fiable la información que contienen esas páginas.

En las búsquedas con Google de información sobre vacunas, las páginas de los colectivos antivacunas aparecen entre las primeras, en consecuencia se está creando un estado de opinión tal que una cuarta parte de los padres piensan que los niños reciben demasiadas vacunas y que un exceso de vacunas debilita el sistema inmune.

Sólo en la Comunidad de Madrid, en 2011, hasta octubre, se han producido 390 casos de sarampión, un 35 % de ellos en personas de etnia gitana. Han requerido ingreso hospitalario un 25 % de los casos y han presentado complicaciones un 13 % de los casos, siendo la neumonía la complicación más frecuente.

En tiempos de crisis las políticas de vacunación tienen que considerar la inclusión en los calendarios vacunales de las vacunas más coste efectivas y aumentar los recursos para conseguir vacunar a las poblaciones excluidas.

Porque las vacunas salvan vidas, son coste efectivas en muchos casos y con la vacunación sostenida se ha conseguido

eliminar algunas enfermedades y erradicar otras, los sanitarios estamos obligados a promover su uso y a resolver o clarificar con rapidez las controversias existentes en la actualidad.

Es responsabilidad de las sociedades científicas alcanzar un consenso sobre el calendario vacunal que debe ser único en todo el estado y sentar las bases para que la población esté correctamente informada sobre la eficacia y seguridad de las vacunas.





Salud, solidaridad, tolerancia y compasión, valores compartidos en el sistema sanitario

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández, médicos generales, Equipo CESCA, Madrid, España.
jgervasc@meditex.es | mpf1945@gmail.com | www.equipoCESCA.org

(y amenazados por la crisis económica)

Son valores aquellas cosas que consideramos importantes, como la salud, el amor, la vida, la amistad, la tolerancia, la convivencia, la educación, el bienestar, las tradiciones culturales, la seguridad y otros muchos más. Los valores justifican la cohesión social, la organización básica de la Humanidad. Sin valores sería imposible la existencia y supervivencia humana. Sin embargo, no todas las sociedades comparten los mismos valores, ni todos los individuos los aceptan y comprenden por igual. En general, logramos un acuerdo de mínimos, y se legisla para reforzar con el poder del Estado los valores considerados básicos.

En las naciones desarrolladas, con la notable excepción de los EEUU, se acepta la salud como un valor social y por ello se organiza un sistema sanitario que facilite el derecho a recibir atención sanitaria según necesidad, no según capacidad de pago. Lo que se pretende evitar es la bancarrota consiguiente al enfermar, y se busca el máximo de salud para la población.

El sistema sanitario público se sostiene por los valores, por considerar importante la salud y la vida, por fomentar la solidaridad, la tolerancia y la compasión. Nos resulta "intolerable" una muerte evitable, o un sufrimiento innecesario. Somos capaces de compartir riesgos, a sabiendas de que unos tienen más aversión al mismo que otros (los hay que se cuidan más, pero somos solidarios respecto a los riesgos que al final todos asumimos, en grado diverso, y en concepto variado). Tenemos compasión y piedad por quien sufre, y solidariamente compartimos gastos ("hoy por ti, mañana por mí"). El sistema sanitario público es expresión explícita del considerar a los "otros" como a "nosotros".

Podemos definir los sistemas sanitarios como "instituciones y recursos públicos

y privados con el mandato de mejorar la salud en el marco político e institucional de un país". En este sentido se limita y concreta un concepto que puede ser muy vago si se engloba en sistema sanitario todo aquello que "produce" salud. Lo que más produce salud, por ejemplo, es la educación formal de la población (especialmente de las mujeres), pero el sistema educativo no se incluye en el sistema sanitario. El sistema sanitario engloba sólo las instituciones con el mandato legal específico de mejorar la salud.

Las naciones desarrolladas tienen un sistema sanitario que ofrece cobertura pública; es decir, que asegura la financiación pública de los servicios de salud.

Se habla de financiación pública cuando más de la mitad (50%) del gasto en

salud tiene origen en fondos públicos, sean impuestos generales o de otro tipo. Por ejemplo, Brasil no tiene un sistema sanitario público porque su gasto en salud financiado públicamente está en torno al 45%. En España ese gasto es del orden del 72%. Por supuesto, en ningún país del mundo la financiación pública es del 100% (pero en los países nórdicos es mucho mayor que en España, por ejemplo).

El sistema sanitario es público según la financiación, no según la provisión de servicios. Por ello, por ejemplo, el sistema sanitario es público en Dinamarca, o Nueva Zelanda, pese a que allí los médicos generales sean profesionales independientes, pequeños empresarios que contratan con el sistema sanitario para ofrecer servicios a una lista (cupo) de pacientes. También es público el





sistema sanitario español, por más que las farmacias comunitarias dependan de la iniciativa privada y los farmacéuticos comunitarios sean profesionales independientes, pequeños empresarios que ofrecen servicios tanto de financiación pública como privada.

Los sistemas sanitarios públicos (financiados con fondos públicos hasta cubrir en más del 50% del gasto sanitario) tienen por objetivo la mejora de la salud; es decir, el Estado es responsable de los cursos de acción que llevan a la protección de la salud (establecer y hacer cumplir la legislación que evite daños), la promoción de la salud (desarrollar actividades que lleven a mejorar la salud), la prevención de la enfermedad y del sufrimiento (evitar el desarrollo de enfermedades y diagnosticarlas en fases pre-clínicas) y la organización de la prestación de cuidados a los enfermos y moribundos. En síntesis, el sistema sanitario busca evitar el sufrimiento, curar y ayudar a vivir con enfermedad minusvalía y a enfrentarse a la muerte. El sistema sanitario no puede ofrecer la salud como un derecho ni prometer el evitar la muerte.

Ningún Estado ni sistema sanitario puede “asegurar” la salud, ni considerar la salud como un derecho. Tampoco puede

“asegurar” la belleza, la inteligencia, la paz interior o la bondad, que no son derechos sino condiciones deseables, valores muy apreciados. De la misma manera, ningún sistema sanitario puede evitar la muerte del 100% de los pacientes (mueren todos los que nacen). El sistema sanitario debería evitar, eso sí, la morbilidad y la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), como casos y muerte por tétanos, por ejemplo.

Es objetivo básico del sistema sanitario ofrecer servicios con equidad; es decir, ofrecer los mismos servicios a los que tienen las mismas necesidades en salud (equidad horizontal) y ofrecer más servicios a quien los necesita más (equidad vertical). Lamentablemente, en general se cumple la Ley de Cuidados Inversos, y reciben menos servicios los que más los necesitan, y esto es cumple más cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario (cuando aumenta la financiación privada, cuando disminuye la financiación pública).

En tiempos de crisis económica cabe la tentación de hacer rebajas indiscriminadas en el sistema sanitario. En tiempos de crisis disminuye la tolerancia, la solidaridad y la compasión. En tiempos de crisis el “hoy por ti, mañana por mí” cambia al “¡sálvese el que pueda!”.

Los que pueden salvarse son los sanos, jóvenes y ricos. Perecerán los enfermos, ancianos y pobres.

En tiempos de crisis económica los “otros” son más distintos, más ajenos; con ello aumentan los excluidos, los marginados y los “insignificantes”.

Resulta absurda esta reacción insolidaria, desde el doble punto de vista social e individual.

En tiempos de crisis económica necesitamos políticos estadistas, capaces de unirnos en la adversidad. Dicen que el milagro de los panes y los peces no consistió en la multiplicación de los panes y los peces, sino en lograr que la multitud compartiera lo que cada uno tenía. Sobró, al compartir. De la misma manera, no se precisan recortes indiscriminados en el sistema sanitario, sino aumento de la racionalidad y de la equidad. Nos beneficiamos todos si se ofrecen servicios de calidad y coste-efectivos a los que más lo necesitan (aumenta la equidad).

Ante la crisis económica necesitamos reforzar el sistema sanitario haciéndolo más público. No precisamos rebajas indiscriminadas sino más equidad y más coste-efectividad, más solidaridad, más tolerancia y más compasión. Necesitamos políticos estadistas, no “economicistas”.



Premio XII Becas de la REAP



Fundación AstraZeneca

Factores asociados a la calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica Estudio Cavipoc

Investigadora principal: **Núria Albi Visus**

Objetivos:

Principal:

Identificar los factores asociados a la percepción de calidad de vida de los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Secundarios:

Evaluar la calidad de vida auto percibida de estos pacientes. Evaluar la calidad de vida auto percibida en relación con el apoyo social. Conocer el grado de concordancia de la versión en español del cuestionario AQ20 con el clásico Cuestionario Respiratorio de St George (SGRQ).

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, transversal y multicéntrico. Ámbito de estudio: Un Servicio de Atención Primaria (SAP) de Cataluña. Sujetos de estudio: 385 pacientes con diagnóstico de EPOC asignados a alguno de los centros de atención primaria que forman el SAP de estudio. Medidas principales: Percepción de calidad de vida mediante dos cuestionarios auto administrados : St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) (versión española) y Airways Questionnaire 20 (AQ20) (versión española). Mediante entrevista personal se recogerá: variables sociodemográficas, variables clínicas y variable de apoyo social con la escala funcional Duke-UNK-11. Se realizará una espirometría sólo a aquellos pacientes que no tengan ninguna hecha durante el último año.

Resultados esperados:

La EPOC es una enfermedad con gran afectación de la Calidad de vida, con repercusión familiar y social. El AQ20 es un cuestionario específico para la EPOC, breve y, como este estudio pretende demostrar,



aplicable a atención primaria y con gran concordancia con St. George's Respiratory Questionnaire.

Impacto potencial esperado:

Conocer qué factores son determinantes en la calidad de vida de nuestros pacientes en atención primaria y establecer si su influencia queda también reflejada en un cuestionario breve recientemente traducido al español, el AQ20, podría significar tener una herramienta útil y de fácil manejo para facilitar la toma de decisiones terapéuticas.

Palabras clave:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, calidad de vida, apoyo social y familiar, Cuestionario ST George's, Airways Questionnaire 20.





¿Ha llegado el momento de retirar medicamentos en un paciente con Alzheimer?

Teresa Eyaralar. Farmacéutica. REAP

Los pacientes y sus cuidadores esperan de los medicamentos una respuesta que alivie sus enfermedades, que facilite las relaciones familiares y sociales o que prevenga otras enfermedades que acentúen las limitaciones y la dependencia. La administración de los medicamentos puede llegar a generar una situación de conflicto entre el paciente y sus cuidadores, incluso entre el cuidador principal y familiares cercanos, situación que se acentúa en la etapa final de la vida. Proponer formas farmacéuticas que faciliten el uso parece una alternativa lógica mientras que proponer otras alternativas como la retirada de determinados medicamentos puede suponer un conflicto entre todos los implicados médico/paciente-cuidador-familia/farmacéutico quizás porque la percepción de necesidad no es la misma. La incertidumbre, el miedo a quitar un medicamento por si se agrava el problema para el cual había sido prescrito, la no percepción de daño que pudiera estar pasando desapercibido, la presión familiar, la rutina son factores que dificultan tomar una decisión inteligente.

A continuación se exponen 2 casos en las que esa decisión inteligente que buscaba un objetivo tuvo un resultado inesperado y a priori inexplicable. Dos casos de coordinación entre farmacéutico de cabecera médico de cabecera y confianza del cuidador en las propuestas de ambos.

Caso 1. Varón de 87 años.

Antecedentes según último informe de Alta Hospitalaria: Jubilado de la minería, exfumador, episodios sincopales con Largactil (se lo administraron en urgencias del hospital (UH) para tratar Hipo). Cardiopatía isquémica con fibrilación auricular- flutter paroxísticos con marcapasos en diciembre de 2008. EPOC con VEMS del 65%. Deterioro cognitivo leve y temblor esencial. Gastrectomía por ulcus y cirugía de cataratas.

En febrero de 2006 inicia tratamiento con Aricept® que tiene que suspender por efectos adversos. En esa fecha estaba a tratamiento con Sintrom®, Amiodarona, Rivotril®, Nimodipino y Omeprazol.

En Octubre 2006 reinicia Aricept® y Axura®. Médicos que lo atienden: su médico de

cabecera, neumólogo, cardiólogo, neurólogo, hematólogo.

Los cambios mas relevantes que tuvieron lugar en su tratamiento habitual fueron por agudizaciones de la EPOC y por síncope que requieren en varias ocasiones ser atendido en el servicio de urgencias hospitalizada. En cada cambio las farmacéuticas revisamos interacciones con su tratamiento habitual así como el riesgo de reacciones adversas.

En Diciembre de 2008 le colocan marcapasos. A partir de diciembre de 2009 su deterioro va siendo progresivo, pierde control de esfínteres y necesita pañales de incontinencia. Él y su mujer son atendidos por una hija y son frecuentes sus quejas en relación con la familia y el cuidado de los padres. La hija manifiesta en múltiples ocasiones sentirse desbordada por la situación familiar.

Enero 2009. Está muy mal, según su hija se está muriendo. Tienen mucha dificultad para administrar los medicamentos y a pesar de todo intentan que los tome, solicita mi ayuda. En un fin de semana necesitó asistencia del servicio de guardia de AP. Tiene fiebre, "se ahoga", le prescriben Gelocatil. El paciente inicia tratamiento de cuidados paliativos. En ese momento utilizaba 10 medicamentos que suponían la administración de 14 dosis. Medicamentos implicados Sintrom®, Digoxina®, Diltiazem, Torasemida, Risperidona, Memantina, Donepezilo, Sertralina, Lorazepam y Clonazepam.

El estudio teórico de su tratamiento se podría resumir: Suponemos que tiene Arritmia cardiaca con fibrilación auricular, insuficiencia acompañada de edemas, Alzheimer, temblor esencial. Medicamentos bradicardizantes: Digoxina, Diltiazem. Donepezilo Memantina. En caso de IC las guías actuales consideran que se debe evitar el uso de Diltiazem en IC con fracción de eyección < 40%. Sertralina tiene efecto antiagregante que se ha de tener en cuenta en pacientes anticoagulados. Lorazepam, Clonazepam, Risperidona. Aumento de los efectos sedantes. Risperidona y Donepezilo: incremento del riesgo de mortalidad.

Donepezilo: efecto adverso frecuente diarrea. El paciente utilizaba loperamida habitualmente.

Ante la situación que refiere su hija nos planteamos ¿Es el momento de retirar medicamentos? ¿Es necesario mejorar la función cognitiva, prevenir tromboembolismo, tratar depresión, tratar temblor esencial?

Hay herramientas como los criterios START STOPP que ayudan al profesional médico o farmacéutico a tomar decisiones, pero en el fondo fue el sentido común y la coherencia los que definieron el objetivo de la Intervención Farmacéutica. Se propuso al cuidador que hablase con el médico de cabecera para que entre ambos decidiesen sobre la estrategia terapéutica más razonable en ese momento.

La decisión del médico fue: mantener Digoxina, Torasemida, Diltiazem y Risperidona.

TRES días después los resultados fueron totalmente inesperados y todos quedamos sorprendidos de la mejoría experimentada. Retirar los medicamentos supuso probablemente un aumento en los días de vida del paciente desde 22/01/2010 hasta la fecha.

Caso 2. Mujer de 85 años.

En Abril 2010 se realiza la primera dispensación de Reminyl® (Galantamina). Es diagnosticada de Alzheimer. Vive sola, es todavía autónoma y la atendemos personalmente. Varios meses después es dependiente, vive con un hijo y su nuera. Septiembre 2011 la paciente está muy mal, prácticamente no conoce, no responde a ningún estímulo. Perdió muchos Kg. en pocas semanas, casi no habla, come muy poco. Piden suplemento alimentario. En los últimos meses se cambió la forma de farmacéutica de todos los medicamentos que utilizaba para facilitara la administración. Nos planteamos en la farmacia la posibilidad de retirar tratamiento excepto lo imprescindible.

Medicamentos que utiliza

1. AXURA 20 MG 56 COMPRIMIDOS	Memantina	1-0-0
2. ARICEPT FLAS 10 MG 28 COMPR	Donepezilo	0-0-1
3. RISPERDAL FLAS 0.5 MG 28 COMPRIMIDOS	Risperidona	0-0-1
4. LORAZEPAM 1 MG		1/24
5. TORASEMIDA 5 MG		1/24
6. BOI K ASPARTICO		0-0-1-0
7. DISGREN 600 MG POLVO 30 FRASCOS		0-1-0
8. PRAVASTATINA 40 MG		0-0-1
9. ATROVENT 20 MCG/ Ipratropio		4/6 h
10. VENTOLIN 100 MCG/		4 /SP
11. FOSTER 100/6 MCG A formoterol/beclometasona		2/12 h
12. PARACETAMOL PENSA EFG		1 /8 h
13. OPIREN FLAS 15 MG COMPRIMIDOS BUCODISP		1/24
14. EMPORTAL 10 G Lactitol		1-1-1
15. PROFER 300 MG (40 MG FE) 30 COMPRIMIDOS SOLUBLES		1/24
16. ACFOL 5 MG 28 COMPRIMIDOS		1/24

Nos planteamos en la farmacia la posibilidad de retirar tratamiento excepto lo imprescindible.

Nos preguntamos hasta cuándo podrá usar los inhaladores. Se pide autorización al hijo para estudiar con el médico retirar medicamentos 4/10/11.

Como era de esperar el médico retira todo y solo mantiene Risperdal (risperidona) y Lorazepam.

Una semana después anotamos en su historia de AF: Mejoró muchísimo; habla, mueve los brazos (aunque no abre las manos), mira la tele, le cambió expresión de la cara, si le cae la baba ella se la quita con la mano, contesta si tiene mas hambre o no; su hijo ya no siente que es "como un mueble"; come bien y no se atraganta.

NO NECESITÓ SUPLEMENTO NUTRICIONAL con dietoterápico.



Nueva web y Blog de la REAP

Os damos la bienvenida
al blog de la REAP

<http://reap-atencionprimaria.blogspot.com/>



Con este blog se busca dar a conocer la labor de la REAP y acercarla a profesionales del sector médico, farmacéutico y de la enfermería. Un blog permite comentar cada una de las entradas, permitiéndose abrir debates sobre cada una de las informaciones publicadas. Además, hemos añadido una Zona de Debate donde se irán proponiendo diferentes temas relacionados con el sector sanitario que permitirá que cada uno de su opinión o cuelgue noticias relacionadas.



XVI Jornadas de la REAP

¿Enfermos complejos o sistema simple?

Madrid. **22 y 23 de Junio de 2012**

Son raros los pacientes que tienen sólo un problema de salud, pero el sistema sanitario se organiza como si fueran frecuentes.

Como consecuencia, los problemas de coordinación entre profesionales y niveles se incrementan en los pacientes con varios problemas de salud.

Conviene examinar dichos problemas de coordinación en teoría y en la práctica, y hacerlo desde el punto de vista social, profesional y de los pacientes y sus familiares, en teoría y en la práctica.

Viernes 22 de junio de 2012

16:00 - 16:30 **Entrega de documentación.**

16:30 - 17:00 **Acto de apertura.**

17:00 - 17:45 **Conferencia Inaugural.**

17:45 - 18:15 **Descanso. Café.**

18:15 - 20:00 **Mesa redonda 1.**

El paciente complejo.

¿Quiénes son y cómo los tratamos?

21:00 **Cena de confraternización**

Sábado 23 de junio de 2012

09:00 - 10:30 **Mesa redonda 2.**

**El paciente esquizofrénico
y diabético**

10:30 - 11:00 **Entrega Becas REAP**

11:00 - 11:30 **Descanso. Café**

11:30 - 13:15 **Mesa redonda. Análisis de casos.**

13:15 - 13:30 **Acto de clausura**

13:30 - 15:30 **Comida de trabajo**

Organiza:



Sede:

**Escuela Nacional de Sanidad
Sala Pitaluga**

Sinesio Delgado, 8
28029 Madrid

L9 parada: Ventanilla; BUS nº 147

Secretaría Técnica:

SupportServeis

Calvet, 30

08021 Barcelona

Teléfono: 93 201 75 71

Fax: 93 201 97 89

Correo-e: reap@supportserveis.com

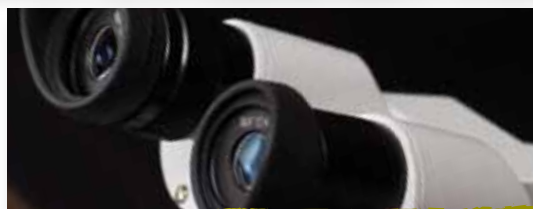




R.E.A.P.

Red Española de
Atención Primaria

SupportServeis
Calvet, 30 - 08021 Barcelona
Correo-e: reap@supportserveis.com



XII Becas de la REAP



Fundación AstraZeneca

Para la investigación en Atención Primaria

La Red Española de Atención Primaria (REAP) abre la convocatoria de sus becas para presentar los proyectos de investigación. La cuantía de las becas será de 10.000 euros para la solicitud o solicitudes elegidas. La adjudicación está sujeta a las siguientes bases:

1. Los temas de investigación de los proyectos que quieran optar a las ayudas versarán, se planificarán, desarrollarán y aplicarán en el campo de la Atención Primaria en España.
2. El investigador principal, y la mayoría de los miembros del equipo investigador, deben trabajar activamente en Atención Primaria en España. Se valorará muy positivamente que el estudio sea multidisciplinar, es decir, que participen profesionales de diferentes ramas sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, etc.
3. La cuantía de las becas será única por proyecto; y el grupo investigador se comprometerá a realizar el trabajo en un período máximo de dos años, contados a partir de la fecha de concesión de la ayuda.
4. Los investigadores que quieran acceder a estas ayudas, presentarán una memoria del proyecto de investigación en castellano al Comité Científico de la REAP, en el que constará la información solicitada según el formulario adjunto obligatorio. El proyecto no se podrá presentar más de una vez.
5. Las memorias de los proyectos de investigación se enviarán, en un único fichero en formato Word de un tamaño menor de 2 MB, no comprimido, al correo electrónico del Coordinador de las Becas: becas@reap.es. La comunicación entre los solicitantes y la Coordinación será siempre por correo electrónico y con la persona que figura como investigadora principal.
6. Para hacer efectiva la concesión de la beca, al menos un miembro del equipo investigador se personará en el acto de entrega y expondrá un resumen del proyecto de investigación ganador, en un acto público organizado a tal efecto por la REAP al que debe inscribirse. El pago se hará mediante transferencia bancaria.
7. Los investigadores premiados se comprometerán a que el trabajo para el que se solicita la ayuda de la REAP se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito nacional como internacional. La REAP se reserva el derecho de publicar el resumen, aportado en la solicitud por los investigadores, de los proyectos ganadores de las Becas.
8. Los autores del proyecto que ha sido financiado deberán hacer mención expresa de la ayuda recibida por parte de la REAP al difundir el trabajo, y asimismo enviarán una separata a la Secretaría de la REAP para su archivo.
9. La evaluación de los trabajos de investigación la realizarán cuatro Comités (Técnico, Científico, Institucional y Ético) cuyos miembros serán seleccionados entre investigadores y profesionales de reconocido prestigio vinculados a la REAP, y cuyo fallo será inapelable.
10. Ningún miembro de dichos Comités participarán ni como investigador, ni como ayudante, ni como asesor en los trabajos que se presenten a las Becas REAP para pedir financiación.
11. La fecha límite para el envío de los proyectos de investigación será hasta las 24 horas del día 28 de enero de 2012.
12. La participación en esta convocatoria supone la aceptación de sus bases.

RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Junta Directiva

Presidente: Luis Miguel García Olmos
Tesorero: Borja García de Bikuña Landa
Secretaría: Meritxell Boquet Figueras

Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal de Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

Web: www.reap.es

Blog: <http://reap-atencionprimaria.blogspot.com/>

¿Cómo escribir en el boletín? Las colaboraciones las podéis enviar a: e-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net

Depósito legal: BI-3342/2011 / Diseño: [agenciadosmedia](http://agenciadosmedia.com)